www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

بحث في
الإعاقة البصرية

إعداد

محمد مصطفى حميدة

سنه ٢٠١٤

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

عناصر البحث

- مفهوم الإعاقة.
- تعريف الإعاقة البصرية.
- تصنيف الإعاقة البصرية.
- أسباب الإعاقة البصرية.
- سمات وخصائص المعاق بصريًّا.
- أساليب التشخيص والكشف المبكر.
- التدخل المبكر.
- الحاجات التربوية للمعوقين بصريًّا.
- البرامج العلاجية وأساليب التدريس.
- دورة الأسرة في علاج وتدريب الطفل.
- مراجع ومصادر البحث.

إهداء من شبكة الألوكة www.alukah.net

(مفهوم الإعاقة)

الإعاقة:

مصطلح الإعاقة عام أقل موضوعية من حيث القابلية للقياس من مصطلحي الاعتلال والعجز، فهو لفظ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز في ضوء متغيرات شخصية واجتماعية وثقافية مختلفة، وتبعًا لذلك، فإن حالة العجز قد لا تعني حالة إعاقة بالضرورة(١).

لقد تعددت تعريفات الإعاقة على النحو التالي:

فتعرف بأنها معاناة كل فرد نتيجة عوامل وراثية أو بيئية من قصور جسمي أو عقلي تترتب عليه آثار اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية تحول بينه وبين تعلم أو أداء بعض العمليات العقلية أو الحسية، التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح(٢).

- وتعرف الإعاقة بأنها عيب يرجع إلى العجز الذي يمنع الفرد أو يحد من قدرته على أداء دور طبيعي بالنسبة للسن والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية(٣).

- ويشار بأنها كل قصور جسمي أو نفسي أو عقلي أو خلقي يمثل عقبة في سبيل قيام الفرد بواجبه في المجتمع ويجعله قاصرًا عن الأفراد الأسوياء الذين يتمتعون بسلامة الأعضاء وصحة وظائفها(٤).

- كما تعرف بأنها قصور أو تعطل عضو أو أكثر من الأعضاء الداخلية للجسم من القيام بوظائفها نتيجة لأسباب وراثية أو مكتسبة، مكيروفية أو فيروسية(٥).

- وتعرف الإعاقة أيضًا بأنها حالة تحد من مقدرة الفرد على القيام بوظيفة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر العناصر الأساسية لحياتنا اليومية، وبينها العناية بالذات أو ممارسة وقد تنشأ الإعاقة بسبب

---

(١) انظر: "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٥، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٢) "رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها" رسالة ماجستير، رائد محمد أبو الكاس، ١٤٢٩هـ/٢٠٠٨م - ص٢٩.

(٣) مليكه، لويس كامل، ١٩٩٨، الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية، مطبعة فيكتوركيرس، القاهرة، ص١٨.

(٤) عبدالرحيم، عبدالمجيد، ١٩٩٧: تنمية الأطفال المعاقين، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ص٩.

(٥) "رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها" رسالة ماجستير، رائد محمد أبو الكاس، ١٤٢٩هـ/٢٠٠٨م - ص٣٠.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

خلل جسمي أو عصبي أو عقلي[٦].

- ويُؤكدَ على أنها ضرر أو خسارة تصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز تحد أو تمنع الفرد من أدائه وهي تمثل الجانب الاجتماعي للضعف أو العجز، ونوع ودرجة الإعاقة يؤثران في القيم والاتجاهات والتوقعات التي تراعى فيها البيئة الاجتماعية للأفراد[٧].

- وهي حالة أو تأخر في النمو الجسمي أو النفسي أو العقلي أو الخلقي أو التعلمي مما ينجم عنه حاجات فريدة تقتضي من المجتمع تقديم خدمات خاصة لرعايتها[٨].

وعلى هذا فإن معنى الإعاقة يشير إلى ما يلي:

- المعاناة نتيجة عوامل بيئية أو وراثية.
- حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة.
- قصور أو تعطل عضو أو أكثر من الأعضاء الداخلية للجسم من القيام بوظائفها.
- ضرر أو خسارة تصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز تحد من أدائه الطبيعي.

المعاق:

- يعرف بأنه كل شخص عاجز كليًّا أو جزئيًا، عن ضمان حياة شخصية أو اجتماعية طبيعية، نتيجة نقص خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمية أو العقلية[٩].

- ويعرف أيضًا بأنه الفرد الذي يعاني من حالة ضعف أو عجز تحد من قدرته، أو تمنعه من القيام بالوظائف والأدوار المتوقعة ممن هم في عمره باستقلالية.

- المعاق هو فرد لديه قصور في القدرة سواء الجسمية أم الحسية أم النفسية أم الاجتماعية ناتج عن حدث خلقي منذ الولادة أو مكتسب، فيكون غير قادر على كفالة نفسية كليًّا أو جزئيًّا في أي من هذه القدرات ليسد حاجاته الأساسية، معتمدًا على قدرته الفردية إلى جانب غياب القدرة على المزاولة والاستمرارية بالمعدل الطبيعي للفرد العادي، للحد الذي يتطلب المساعدة ويستوجب التأهيل لباقي قدراته المتاحة، وفقا لإعاقته ولبيئته المحيطة لتوفير بعض الاستقرار لهذا الفرد اجتماعيًّا

---

(٦) "رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها" رسالة ماجستير، رائد محمد أبو الكاس، ١٤٢٩هـ/٢٠٠٨م - ص٣٠.

(٧) المرجع السابق ص٣٠.

(٨) المرجع السابق، ص٣١.

(٩) المرجع السابق، ص ٣٢.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

ونفسيًّا واقتصاديًّا[١٠].

- المعاق هو فرد أصيب بإعاقة عقلية أو جسمية أو حسية دون ذنب جناه سوى أنه ينقص عن أقرانه بسبب هذه الإعاقة[١١].

- المعاق كل شخص ليست لديه قدرة كاملة على ممارسة نشاط أو عدة أنشطة للحياة العادية، نتيجة إصابة وظائفه الحسية، أو العقلية، أو الحركية إصابة ولد بها أو لحقت به بعد الولادة[١٢].

وعلى من صعوبة وضع تعريف واحد يجمعه كل الإعاقات، إلا أن هناك مجموعة من الخصائص والسمات العامة التي ممن الممكن أن يشترك فيها معظم المعاقين بغض النظر عن نوع الإعاقة.

---

(١٠)"رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها" رسالة ماجستير، رائد محمد أبو الكاس، ١٤٢٩هـ/٢٠٠٨م ، ص ٣٢.

(١١) المرجع السابق، ص٣٢.

(١٢) الشيباني، عمر التوم، ١٩٨٩: الرعاية الثقافية للمعاقين، الدار العربية للكتاب، طرابلس، ليبيا، ص١٤.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

(الإعاقة البصرية)

تعريف الإعاقة البصرية:

- ظهرت تعريفات متعددة للإعاقة البصرية بعضها ركز على الجوانب القانونية والبعض الآخر ركز على الجوانب التربوية، وقد ظهر تعريف الإعاقة البصرية من الناحية القانونية، فمنها:

- تعرف الإعاقة البصرية بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (**العين**) بفعالية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلبًا في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعفًا أو عجزًا في الوظائف البشرية[١٣].

- الإعاقة البصرية (**Visual Impairment**) هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلبًا في أدائه ونموه، والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان[١٤].

وتعرف الإعاقة البصرية من زاويتين أساسيتين وهما: (**الزاوية القانونية والزاوية التربوية**):

- يعتمد التعريف القانوني (**الطبي**) على حدّة البصر (**Visual Acuity**)، وحدة البصر هي القدرة على التمييز بين الأشكال (كقراءة الأحرف أو الأرقام أو الرموز). **بعبارة أخرى:** حدة البصر هي قدرة العين على أن تعكس الضور بحيث يصبحح مركزًا على الشبكية، وحدة الإبصارة العادية هي ٢٠/٢٠. فأن نقول إن حدة إبصار الشخص ٦٠/٢٠ مثلاً يعني أن الشخص لا يرى إلا عن بعد ٢٠ قدم ما يراه الناس الآخرون عن بعد ٦٠ قدم. وتبعًا لمستوى حدة البصر، يعتبر الإنسان مكفوفًا (**قانونيًا**) إذا كانت حدة الإبصار لديه أضعف من ٢٠٠/٢٠، كذلك يتضمن التعريف القانوني للإعاقة البصرية تحديد مجال الإبصار (**Field of vision**) ومجال الإبصار هو المساحة الكلية التي يستطيع الإنسان العادي رؤيتها في لحظة ما دون أن يحرك مقلتيه. ومجال الإبصار يقاس بالدرجاة وهو يبلغ حوالي (١٨٠) درجة عند الإنسان الذي يتمت بقدرات بصرية طبيعية، فإذا كان مجال البصر يساوي (٢٠) درجة أو أقل فالإنسان مكفوف قانونيًا.

---

(١٣) العزة، سعيد حسني، ٢٠٠١: التربية الخاصة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، ص١٧٩.

(١٤) انظر: "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٦٦، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

– **أما من الناحية التربية** فالإنسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدارك الضوء فقط ولذلك فإن علي الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم. وهذا الشخص يتعلم القراءة والكتابة عن طريق بريل، وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن المكفوفين قانونيًا غالبًا ما يكون لديهم شيء من القدرة على الإبصار أو ما يسمى بالبصر المتبقي (**Residal Vision**)، وأما ضعاف البصر فهم من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين ٢٠/٧٠ إلى ٢٠/٢٠٠ في العين الأقوى بعد التصحيح، ومن الناحية التربوية، فالضعف البصري هو عدم القدرة على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة[١٥].

(١٥) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٦٧، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

(تصنيف الإعاقة البصرية)

يصنف المعوقون بصريًّا إلى فئتين رئيسيتين:

الأولى: فئة المكفوفين (**Blind**) وتنطبق على هذه الفئة التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية، ويطلق على هذه الفئة (قارئي برايل **Braille Readers**): وهم الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة.

الثانية: فئة كالمبصرية جزئيًا (**Bartially sighted**) وهذه الفئة تستطيع القراءة باستخدام وسيلة تكبير أو نظارة طبية وتتراوح حدة إبصار هذه الفئة ما بين ٢٠/٧٠إلى ٢٠/٢٠٠ قدم في العين الأقوى حتى مع استعمال النظارة الطبية، ويطلق على هذه الفئة (قارئي الكلمات المكبرة **Large-Type Readers**): وهم الذين يستخدمون عيونهم للقراءة مع تكبير الكلمات[١٦].

---

(١٦) انظر: "مقدمة في التربية الخاصة" د/تيسير مفلح كوافحه، أ/عمر فواز عبدالعزيز، ص٨٤، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الرابعة ٢٠١٠- ١٤٣٠هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

(أسباب الإعاقة البصرية)

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية.

فهناك أسباب منها:

- **أسباب ما قبل الولادة:** وتشمل العوامل الوراثية والبيئية وإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض.
- **أسباب أثناء الولادة نفسها: العوامل الوراثية:** فكثيرًا ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة وغذا حدث ذلك فهي تسمى بالعوامل الولادية (**Congenital**)، وتشمل نقص الأكسجين والولادة المبكرة.
- **أسباب ما بعد الولادة:** وتعرف العوامل غير الوراثية المسببة للإعاقة البصرية بالعوامل المكتسبة (**Adventitious**)، وتشمل زيادة نسبة الأوكسجين في حاضنات الأطفال الخدج والأمراض التي تصيب العين والإصابات الناجمة عن الحوادث[١٧].

١- انفصال الشبكية (Retinal Detachment):

ينجم انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، ومن أهم أعراض انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر الانتكاسي والسكري[١٨].

٢- اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabetic Retinopathy):

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلى العمى، وإذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه، ولا يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية وإن كان العلاج حاليًا يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر[١٩].

٣- انتكاس النقطة المركزية (Macular Degeneration):

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية يواجه الشخص فيه

---

(١٧) انظر: "مقدمة في الإعاقة البصرية" أ.د/منى صبحي الحديدي، ص١٨٠، دار الفكر، عمان: الأردن، الطبعة الأولى، ٢٠٠٤م.

(١٨) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ منى صبحي الحديدي، ص١٧٠ - ١٧١، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(١٩) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ منى صبحي الحديدي، ص١٧١، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة، وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور، ويؤدي هذا الاضطراب إلى فقدان البصر المركزي والبصر المحيطي المتبقي لا يكفي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية[٢٠].

٤- الماء الأسود (Glaucoma):

الماء الأسود أو الجلوكوما هو زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرًا، وتعالج الجلوكوما لدى الأطفال جراحيًا في العادة، أما لدى الكبار فهي غالبًا ما تعالج بالعقاقير، وتتدهور الحا لة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر؛ لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجيًا إلى مركز الشبكية مؤديًا إلى العمى، ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقافه أية تدهورات مزمنة، إن سبب هذه الحالة غير معروف جيدًا والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجيًا، وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري. هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسين هما:

أ- المياه السوداء الولادية (Congenital Glaucoma):

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتحتاج هذه الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف، وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الإمام، وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعارض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

ب- المياه السوداء لدى الراشدين (Adult Glaucoma):

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة في صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح، ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط، وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية، وجلوكوما الراشدين) أوليًا – أي: ليس ناتجًا عن مرض ما في العيون – أو قد يكون ثانويًا (ناتجًا عن مرض ما في العين)[٢١].

---

(٢٠) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧١، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٢١) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧١ - ١٧٢، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

٥- الماء الأبيض (Cataract):

هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة، وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار؛ ولكنه قد يحدث مبكرًا أيضًا بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين، وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي (Congenital Cataract) حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة، ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية جيدًا في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءًا تدريجيًّا ويحدث صعوبة في الرؤية، وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم، وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفًا جدًّا ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار ٢٠/٢٠٠ إلى ٢٠/٤٠٠ في العين إلي أجري لها عملية جراحية، ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة، ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي ٩٠- ٩٥%[٢٢].

٦- ضمور العصب البصري (Optic Nerve Atrophy):

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأمراض التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأوكسجين، وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعًا لدى الشباب، وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثيًّا، وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي[٢٣].

٧- التليف خلف العدسي (Retrolental Fibroplasia):

مرض ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة، وتتأثر الأوعية الدموية وتتلفف الشبكية، وأحيانًاتبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط (Spot Vision) وبشكل عام، قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام[٢٤].

---

(٢٢) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٢، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٢٣) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٢، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٢٤) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٢- ١٧٣، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

٨- الحول (Strabismus):

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة، ومن المهم أن تتحرك العينان معًا لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا ما يسمى بالبصر الثنائي (Binocular Vision)، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معًا بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينًا واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل، وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم، ويعتبر الحول إلى الداخل (Esotropia) وهو ما يعرف بالحول الأنسي أكثر أنواع الحول شيوعًا بين الأطفال، وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة، وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف، وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج (Exotropia) أو ما يعرف بالحول الوحشي ويحتاج معظم الأطفال المصابين بالحول إلى جراحة حيث أن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات[٢٥].

٩- توسع الحدقة الولادي (Aniridia):

هو تشوه ولادة ينتقل على هيئة جين سائد، تكون فيه الحدقة واسعة جدًّا نتيجة عدم تطور القزحية في كلتا العينين، ويحدث لدى الفرد حساسية مفرة للضوء وحدة إبصار محدود وربما أيضًا رأرأة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار، ويستخدم الأفراد المصابون أحيانًا النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين[٢٦].

١٠- البهق (Albinism):

هو اضطراب تكون في الصبغة قليلة جدًّا أو معدومة ولهذا فإن الضوء يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه، وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقرًا وشعره أبيضًا وعيناه زرقاوتين، وتكون القزحية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء، وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك وقد تستخدم العدسات التصحيحية أحيانًا بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ولكن ذلك لا يجعل البصر عاديًا، وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل عيوب الإنكسار والرأرأة وخاصة عندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء، ويوجه عام، تتراوح حدة البصر لدى هؤلاء الأشخاص بين ٢٠/٧٠ إلى

---

(٢٥) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٣، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٢٦) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٣، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

٢٠/٢٠٠[٢٧].

١١- التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa):

وهو حالة التهاب وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصى في الشبكية تدريجيًا، ويحدث عمى ليلى (العشى) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدودًا أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح البصر نفقيًا، وغالبًا ما يكون هذا المرض مرتبطًا بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي، ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة[٢٨].

١٢- القصور في الأنسجة (Coloboma):

مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية، ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر ورأرأة وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء[٢٩].

١٣- القرنية المخروطية (Keratoconus):

حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي، وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي إلى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين، وهذا الاضطراب أكثر شيوعًا لدى الإناث منه لدى الذكور[٣٠].

١٤- رأرأة العين (Bystagmus):

حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون، وهذا ينجم عنه غثيان ودوار، وقد تكون

---

(٢٧) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٣- ١٧٤، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٢٨) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٤، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٢٩) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٤، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٣٠) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٤، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

حالة الرأرأة مؤشرًا على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية[٣١].

١٥- العين الكسولة (Amblyopia):

حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيدًا طبيًا، ويحدث الكسل في عين واحدة عادة ولكنه قد يشمل كلتا العينين، ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة أو التاسعة من العمر، ويتمثل العلاج بإثارة العين المصابة بصور بصرية عادية وذلك يشمل إغلاق (تغطية) العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة، وأي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة لأن ذلك قد يؤثر سلبًا على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين[٣٢].

١٦- أخطاء الإنكسار (Errors of Refraction):

أ- قصر النظر (Myopia):

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة، وفي هذه الحالة تتكون الصورة أمامام الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة، أما رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالبًا ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية (٨- ١٢سنة)، ومن أشكال قصر النظر ما يعرف مبكرًا جدًّا، ويزداد حسر البصر هذا مع تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة، وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب في الرؤية المركزية (Blurred Central Vision)، ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات التقليدية ولكن قد لا يتحسن البصر تمامًا، ويبدو أن هذه الحالة وراثية، أما كيف تنتقل وراثيًّا فذلك أمر غير معروف.

ب- طول النظر (Hyperopia):

يحدث طول النظر عندما تكون مقلة العين قصيرة فتتكون الصورة خلف الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء القريبة، أما رؤية الأشياء البعيدة فقد تكون عادية، وفي كل من قصر النظر وطول النظر قد تكون الحالة شديدة فتؤدي إلى ضعف بصري شديد، وفي العادة تستخدم النظارات والعدسات اللاصقة لكي تصبح قدرة الإنسان البصرية ضمن الحدود العادية، وعند الكبار، قد يحدث فقدان تدريجي لقوة العدسة (Presbyopia)، فسبب عامل العمر تضعف قدرة العين على التكيف ويحدث صعوبة في التركيز على الأشياء القريبة وفي القراءة، وقد يحتاج الإنسان العادي

---

(٣١) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٤، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٣٢) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٥، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

إلى نظارات للقراءة بعد أن يبلغ الثانية والأربعين من عمره.

ج- حرج البصر (Astigmatism):

تعتبر هذه الحالة أيضًا من حالات أخطاء الإنكسار التي تؤثر على حدة الرؤية المركزية وفيها تكون القرنية أو العدسة غير منتظمة ولذلك فإن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية وبعضه عليها وبعضه الآخر خلفها، ولهذا لا تكون الصورة واضحة فيعاني الفرد من صداع وتعب عند القراءة[٣٣].

١٧- التهاب القرنية (Keratitis):

هو التهاب ينتج عن البكتيريا، أو الفيروسات، أو الفطريات، أو نقص فيتامين (أ)، وفي هذا الالتهاب، الذي قد يظهر في حالات الإصابة بمرض الزهري والتراخوما، يتكون على القرنية سحابة، ويشكي الشخص المصاب من ألم شديد في العين، ومن حساسية للضوء ودماغ، وغالبًا ما تتأثر كلتا العينين، ولكن الالتهاب يبدأ عادة بإحداهما، ويستطيع اختصاصي طب العيون تشخيص حالات التهاب القرنية، وتحديد أسبابه، وبالتالي معالجته بالعقاقير الطبية المناسبة، أما إذا لم يعالج الالتهاب فقد تحدث مضاعفات، ومنها الجلوكوما، وفقدان البصر[٣٤].

١٨- البصر البعيد (Distance Vision):

يشير هذا المصطلح إلى قدرة العين على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة، فعلى سبيل المثال، عندما يتم تقييم حدة الإبصار باستخدام لوحة سنلن، أو اللوحات المشابهة يطالب الشخص برؤية أشياء يبعد عنها مسافة (٦) أمتار، و توفر مقاييس حدة الإبصار التقليدية معلومات عن قدرة الإنسان على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة فقط[٣٥].

١٩- الحساسية للضوء (Photosensitivity):

الحساسية للضوء أو ما يعرف برهاب الضوء (Photophobia) حالة شائعة لدى الأشخاص الذين يعانون من ضعف بصري ناتج عن نقص الصبغيات (المهق)، وبعض أمراض العين الأخرى

---

(٣٣) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٧٥- ١٧٦ ، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٣٤) "دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة" أ/محمد عامر الدهمشي، ص٢٠٢، مطبعة دار الفكر - عمان، الطبعة الأولى، ٢٠٠٧- ١٤٢٨هـ.

(٣٥) "دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة" أ/محمد عامر الدهمشي، ص٢٠٣، مطبعة دار الفكر - عمان، الطبعة الأولى، ٢٠٠٧- ١٤٢٨هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

(كالتهاب الملتحمة، أو الجلوكوما الحادة، أو تقرحات القرنية)، ومن ناحية طبية، فالحساسية للضوء تعامل بوصفها مؤشرًا مرضيًّا وليس كمعيار تشخيصي، ويمكن التخفيف من هذه الحساسية عادة بارتداء نظارة سوداء[٣٦].

٢٠- الخلع العدسي (Dislocated Lens):

اضطراب تصبح فيه عدسة العين مزاحة عن موقعها التشريحي الطبيعي مما يقود إلى ضعف بصري واحمرار في العين، ومن الأسباب الرئيسية، لذلك إصابة العين بجسم غير حاد (كقبضة اليد مثلاً)، وكذلك العوامل الوراثية كما في متلازمة مارفان مثلاً، وقد يكون الخلع جزئيًّا أو كليًّا، وفي الخلع الجزئي، يمكن رؤية العدسة، وقد سدّت جزءًا من الحدقة[٣٧].

---

(٣٦) "دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة" أ/محمد عامر الدهمشي، ص٢٠٣، مطبعة دار الفكر - عمان، الطبعة الأولى، ٢٠٠٧- ١٤٢٨هـ.

(٣٧) "دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة" أ/محمد عامر الدهمشي، ص٢٠٢، مطبعة دار الفكر - عمان، الطبعة الأولى، ٢٠٠٧- ١٤٢٨هـ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

(الخصائص)

سمات وخصائص المعاق بصريًّا:

نظرا للاختلافات في درجة الإعاقة البصرية وفي أنواعها ومسبباتها، وفي الظروف البيئية المحيطية بالمعاق بصريا مثل الجهات الأسرية والاجتماعية، وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية، والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصريا، فإنه من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصريا بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة، ذلك لأنهم ليسوا على مجموعة متجانسة.لقد حدد لونيفيلد (١٩٥٥) أربعة من الاعتبارات التي يجب أن تراعى عند تحديد خصائص المعاقين بصريا وهذه الاعتبارات هي:

١- الربط بين الخصائص والمسببات: فعلى سبيل المثال الإعاقة البصرية الناتجة عن الحوادث لا يصاحبها تخلف عقلي، بينما نجد أن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحصبة الألمانية قد يصاحبها في الأحيان تخلف عقلي أو إعاقة سمعية.

٢- تكييف وتقنين الاختبار على عينات من المعاقين بصريا: فعند استخدام الاختبارات لتحديد خصائص المعاقين بصريا فإنه يجب مراعاة أن تكون هذه الاختبارات قد صممت أو كُيفت وقننت على عينات من المعاقين بصريا.

٣- الربط بين الخصائص وأساليب التعامل مع المعاقين بصريا: وهو ما يعرف باتجاهات المبصرين نحو المعاقين بصريا حيث تؤدي الاتجاهات السلبية أو القصور في أساليب التعامل سواء على المستوى التربوي أو التأهيلي، أو العلاجي إلى ظهور العديد من النفسية السلبية لدى المعاقين بصريا.

٤- شمولية البحوث والدراسات في مجال الإعاقة البصرية: أن معظم البحوث التي تجري على المعاقين بصريا تشمل من يقيمون منهم في المؤسسات والمدارس الخاصة بالمعاقين بصريا، وهؤلاء يعتبرون فئة مختارة لا تمثل جميع المعاقين بصريا. العديد من الدراسات التي تناولت هذه الفئة من المعاقين ألقت الضوء على بعض هذه الخصائص وذلك نظرا لبروزها وارتباطها بالجنب التربوي والتأهيلي للمكفوفين[٣٨].

يمكن حصر هذه الخصائص بما يلي:

١- خصائص انفعالية.

---

(٣٨) كمال سالم سيسالم، "المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم"، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، الطبعة الأولى ١٩٨٨م، صـــ٥٦.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

٢- خصائص تعليمية.

٣- خصائص عقلية.

٤- خصائص لغوية.

٥- خصائص حركية.

٦- خصائص اجتماعية [٣٩].

أولاً: الخصائص العقلية:

تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بن ذكاء المعوقين بصريًّا والأفراد العاديين على الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (**Wicc-R**)، وكذلك الحال على مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء، ودعم ذلك الدراسة التي قام بها ساميويل هيز (**Hayes, 1941**) وأشارت نتائجها أن المعدل العام لذكاء هؤلاء الأطفال المعوقين بصريًّا هو ضمن المعدَّل الطبيعي للفرد العادي[٤٠].

أشارت بعض الدراسات المقارنة بين الطلاب المبصرين والطلاب المعاقين بصرياً، إلى أن العديد من المعاقين بصرياً يكون أدائهم في اختبارات الذكاء حسناً نسبياً، كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك تماماً حيث أكدت بعض الدراسات إلى أن ذكاء المعاقين بصرياً يعتبر أقل من ذكاء أقرانهم المبصرين، وقد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعاً إلى صعوبة قياس ذكاء المعاقين بصرياً، حيث إن معظم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء تشتمل على فقرات تحتاج إلى حاسة البصر، ولهذا فإنه لقياس ذكاء المعاقين بصرياً من الضروري الاعتماد على مقاييس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يراعي فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع، ورغم ذلك فقد أكد لونفيلد ١٩٥٥م على أن الإعاقة البصرية يمكن أن تؤثر على نمو الذكاء وذلك لارتباط الإعاقة البصرية بجوانب القصور الآتية:

- معدل نمو الخبرات وتنوعها.
- القدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية.

---

(٣٩) كمال سالم سيسالم، "المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم"، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، الطبعة الأولى ١٩٨٨م، صـــ٥٦.

(٤٠) "مقدمة في التربية الخاصة" د/تيسير مفلح كوافحه، أ/عمر فواز عبدالعزيز، ص٨٩، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الرابعة ٢٠١٠- ١٤٣٠هـــ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

• علاقة المعاق بصرياً ببيئته وقدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها[٤١].

ينقسم الناس فيما يتعلق بتقدير ذكاء الكفيف إلى قسمين:

يذهب القسم الأول بدافع التعاطف الوجداني مع الكفيف المشوب بالحماس، لما يقوم به من مهارات يؤديها المبصر أحيانا سواء بسواء،إلا أن ذكاء الكفيف لا يقل عن ذكاء المبصرين إن لم يتفوق عليه أحيانا،ويستدلون ببعض العباقرة من المشاهير المكفوفين.

غير أن عبقرية بعض المكفوفين لا تكفي لأن تؤيد ما يذهب إليه هذا الفريق ويؤيد هذا الفريق وجهة نظره بدليل غامض،هو أن الله يعوض الكفيف عن فقد البصر بتفتح البصيرة[٤٢].

أما القسم الثاني فنظرته إلى هذا الموضوع أكثر موضوعية فهم يعترفون طبعا بنبوغ بعض العباقرة من المكفوفين، إلا أن هناك عباقرة من المبصرين[٤٣].

تشير الدراسات بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قدرات الفرد العادي والمعاق بصريا على اختبار بينيه للذكاء، أو على الجانب اللفظي من مقياس وكلسر، والعكس صحيح بالنسبة لاستجاباتهم على الفقرات الأدائية للمقياس،والجدير بالذكر بأن الإعاقة البصرية لا تؤثر على القدرات العقلية عند أصحاب هذه الإعاقة. إن ذكاء أفراد هذه الفئة يعتمد على مستوى نمو الخبرات وتنوعها لدى الفرد،وعلى قدرتهم على الحركة، والتنقل بحرية علما علاقات أفراد هذه الفئة مع أفراد بيئاتهم وعلى مدى قدرتهم على التحكم في هذه العلاقات. إن قدرة أفراد هذه الفئة على التخيل والتذكر الحسي البصري تتأثر إلى مدى كبير بالعمر الذي فقد فيه حاسة بصره[٤٤].

الكفيف الموهوب:

إن هناك خصائص معينة تميز أولئك الأفراد عن غيرهم من أقرانهم المكفوفين من أهمها ما يلي:

---

(٤١) المحاضرة التاسعة في خصائص المعاقين بصريًّا، "موقع ملتقى طلاب وطالبات جامعة الملك فيصل وجامعة الدمام"، رابط الموقع: www.ckfu.org.

(٤٢) صالح الداهري، "سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة"، دار وائل–الأردن الطبعة الأولى، ٢٠٠٥، صـــ٢٦٠.

(٤٣) محمد علي كامل، "سيكولوجية الفئات الخاصة"، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، الطبعة الأولى، ١٩٩٦، صـــــ ٢٠٤ – ٢٠٥.

(٤٤) سعيد حسني العزة، المدخل إلى التربية الخاصة، الدار العلمية الدولية، الطبعة الأولى الأردن ٢٠٠٢، صـــــ٩٧.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

١- ارتفاع مستوى إنجازهم مقارنة بأقرانهم في نفس عمرهم الزمني والذين يعيشون في نفس البيئة ويتحدد هذا الإنجاز في المجالات العقلية والإبتكارية أو الإبداعية والفنية.

٢- يتميزون بقدرة غير عادية على القيادة تمكنهم من إدارة المواقف المختلفة بشكل مثير للانتباه.

٣- يتميزون في مجالات دراسية أو أكاديمية معينة وهي تلك التي لا تعتمد على التناول اليدوي.

٤- تعد ذاكرتهم قوية.

٥- دافعيتهم للتعلم مرتفعة.

٦- تعتبر مهارتهم لحل المشكلات مرتفعة بدرجة كبيرة.

٧- يمتازون بالمثابرة.

٨- لا يجدون أي صعوبة في التعلم باستخدام طريقة برايل.

٩- قدرتهم على التركيز عالية.

إلا أن ما يعاني منه الموهوبون المكفوفون هو نفسه ما يعاني منه بقية الموهوبين العاديين من ضغوط ومشكلات ويضاف إلى ذلك تلك الضغوط والمشكلات التي ترتبط بإعاقتهم وما قد يتصل بها أو ينتج عنها من اضطرابات اجتماعية أو انفعالية أو أكاديمية.

وهنا يأتي دور الخدمات التعليمية والتأهيلية لرعاية هذه الفئة وتحقيق أقصى تنمية لطاقاتهم واستثمارها لتحقيق أفضل مستقبل لهم وخدمة دولتهم(٤٥).

ثانيًا: الخصائص اللغوية:

المظاهر النمائية للغوية تتطور لدى المكفوفين تطورا طبيعيا إذا لم يكن لديهم إعاقات أخرى.ولكن أنماط النمو اللغوي المبكر لديهم تختلف عن تلك التي تظهر لدى الأطفال المبصرين وذلك بسبب الافتقار إلى المداخلات البصرية والتنقل وبسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها(٤٦).

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن الطفل الكفيف يعاني من مشكلة التواصل اللفظي والتعبيرات بمفهومها الشامل،إذ يتمكن من إعطاء تعريف لغوي صحيح للكلمة،ولكنه لم يتمكن من تعين الشئ

---

(٤٥) عادل عبدالله، "سيكولوجية الموهبة"، دار الرشاد، القاهرة، الطبعة الأولى :١٤٢٥هـ - ٢٠٠٥م، بتصرف من صـ٢١٢ - ٢١٥.

(٤٦) جمال الخطيب، منى الحديدي، "التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة"، دار الفكر، عمّان، الطبعة الثانية ،٢٠٠٥، صـ١٠٨.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

الذي ترمز له تلك الكلمة[٤٧].

كما إن الإعاقة البصرية لا تؤثر تأثيرا مباشرا على اكتساب اللغة لدى الفرد المعاق بصريا،فهو يسمع اللغة المنطوقة مثل الطفل العادي[٤٨].

ومن أهم أنواع اضطرابات اللغة والكلام التي يعانيها بعض المكفوفين والتي أجمعت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا الميدان ما يلي:-

١- الاستبدال: وهو استبدال صوت بصوت.

٢- التشويه أو التحريف: وهو استبدال أكثر من حرف في الكلمة بأحرف أخرى تؤدي إلى تغير معناها وبالتالي عدم مفهم ما يراد قوله.

٣- عدم التغير في طبقة الصوت: بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة.

٤- العلو: ويتمثل في ارتفاع الصوت الذي قد لا يتوافق مع طبيعة الحدث الذي يتكلم عنه.

٥- قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث: يتمثل في عدم التغيير أو التحويل في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع لشخص ما.

٦- القصور: في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.

٧- اللفظية: وهي الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى، وينتج عن هذا القصور في الاستخدام الدقيق للكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع ما أو فكرة معينة، فيعمد المعاق بصريا إلى سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ عله يستطيع إن يوصل ما يريد قوله.

٨- قصور في التعبير: وينتج عن القصور في الإدراك البصري لبعض المفاهيم أو العلاقات أو الإحداث وما يرتبط بها من قصور في استدعاء الدلالات اللفظية التي تعبر عنها[٤٩].

ثالثًا: الخصائص الحركية:

---

(٤٧) زينب محمود شقير، "سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين"، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٩٩م، صـــــ٢٦٤.

(٤٨) المرجع السابق، ص٢٤٥.

(٤٩) كمال سالم سيسالم، "المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم"، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، الطبعة الأولى ١٩٨٨، صـــ ٦٨.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

يواجه المكفوفون مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر، بسبب عدم معرفتهم بالبيئة التي ينتقلون فيها وهذا ما يعرف بمهارة التعرف والتنقل ويظهر المكفوفون مظاهر جسمية نمطية مثل تحريك اليدين، أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق أو شد الشعر أو غيرها من السلوكيات النمطية(٥٠).

فالطفل الكفيف يبدأ بالوصول إلى الأشياء فقط بعد أن يصبح بمقدوره تحديد مصادر الأصوات والوصول إليها.ونتيجة لذلك فلا غرابة في أن يكون نمو الطفل الكفيف من حيث معدل سرعته بطيئا.وقد لاحظت فريبرج تأخرا في النمو الحركي لدى الأطفال المكفوفين وعزت ذلك إلى عدم القدرة على تحديد مصادر الأصوات وعدم استثارة الأشياء لدافعية هؤلاء الأطفال، ولذلك فإن أكثر الصعوبات التي يواجهها الأشخاص المكفوفون على الصعيد الحركي هي تلك التي تتعلق بالتعرف والتنقل، ولذلك يعتبر التدريب على العرف والتنقل عنصرين رئيسين في مناهج المكفوفين(٥١).

وقد طور العالم (كورت) ١٩٨٣م نموذج لتطوير الإدراك والإنتباه عند الكفيف يتكون من:

١- القدرة النفسية على الرؤية: لتحديد المسافات والقدرة على التنقل.

٢- **الصفات الشخصية:** الطموح والقدرة على التطور الذاتي والصحة الجسدية.

٣- مفاتيح ومعايير بيئية: مثل كثافة اللون وبعد الجسم عن الكفيف والتفاصيل الداخلية للشيء ونوعيته(٥٢).

رابعًا: الخصائص التعليمية:

من أهم الخصائص دراسية للمعاقين بصريا التي أوردها واتفقت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال:

١- بطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة لبرايل أو الكتابة العادية: أورد نولان ١٩٦٦م أن معدل سرعة قراءة الطالب المعاق بصريا لبرايل فيما بين الصف العاشر والثاني عشر بلغ حوالي ٨٩كلمة في

---

(٥٠) تيسير كوافحة، عمر عبد العزيز، "مقدمة في التربية الخاصة"، دار المسيرة، الأردن، الطبعة الأولى، ١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م، صـ٩٠..

(٥١) جمال الخطيب، منى الحديدي، المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح، الطبعة الأولى، ١٤٢٦هـ - ٢٠٠٥م، صـ٢٢١..

(٥٢) Sally M. Rogow. Helping the visually impaired child with developmental problems : effective practice in home, school, and community New York : Teachers College Press, c ١٩٨٨ P ١٢٥.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

الدقيقة وهذا يمثل ثلث معدل سرعة القراءة العادية.

٢- أخطاء في القراءة الجهرية: خرجت دراسة بتمان ١٩٦٣م بالنتائج الآتية:

أ- أن مستوى أداء هذه المجموعة في القراءة يعتبر بوجه عام مشابه لمستوى أداء المبصرين من نفس المرحلة الدراسية.

ب- إن أقل الدرجات انخفاضا هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الجهرية، وان أعلاها هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الصامتة.

ج- زيادة أخطاء القراءة مقارنة بالمبصرين خاصة فيما يتعلق بعكس الكلمات والحروف.

٣- انخفاض مستوى التحصيل الدراسي(٥٣).

خامسًا: الخصائص الاجتماعية:

تؤثر الإعاقة تأثيرا واضحا في السلوك للمعوقين، حيث توجد لديهم صعوبات كبيرة في عملية التفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلال عن الآخرين، وذلك نظرا لنقص خبراتهم الاجتماعية،وقلة الفرص الاجتماعية المتاحة لهم في الاحتكاك بالآخرين، والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم. وكلما كانت الاتجاهات الاجتماعية نحو المعوقين إيجابية، كلما سهلت عليهم فرص التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وتمت لديهم درجة اكبر من الثقة بالذات وبالآخرين(٥٤).

وبسبب فقدان الطفل للبصر يصبح كفيفاً بحاجة إلى مساعدة الوالدين أكثر من الأطفال المبصرين ويصاحبه عدم اهتمام من قبل الوالدين، مما يجعله يشعر أن الآخرين لا يهتمون به مما يؤثر بشكل أو بآخر على علاقة الكفيف بوالديه، وهذا يولد لديه شعوراً بعدم الأمن مما يعوق محاولاته اكتشاف البيئة، وهذا يؤثر بالتالي على نموه الاجتماعي من جانب، ومن جانب آخر فإنه يشجع استمرار الطفل بالاعتماد على الوالدين وهذا يصاحبه حماية زائدة من الوالدين لأنه معاق وعدم التعامل مع الأشياء من حوله، وعندما ينتقل من بيئة الأسرة إلى مجتمع الزملاء فإنه يلاحظ عليه تأخرا في بعض النواحي

---

(٥٣) كمال سالم سيسالم، "المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم"، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، الطبعة الأولى ١٩٨٨م، ص ٥٨- ٥٩.

(٥٤) أحمد الزعبي، "التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين"، دار زهران، عمّان، الأردن، الطبعة الأولى، ٢٠٠٣م، صـــ١٧٨.

إهداء من شبكة الألوكة www.alukah.net

الاجتماعية، من تعلم وتقليد ما هو مقبول اجتماعيا[٥٥].

سادسًا: الخصائص الانفعالية:

مشكلة تكيف الكفيف يتدخل فيها مجموعة من العوامل فقد تأتي من جانب المبصرين،كما تأتي من جانب المكفوفين مما قد يجعل من الصعب أن يتقبل كلا منهما الآخر وأن يتفاهم معه[٥٦].

قد يجد الكفيف نفسه أمام مواقف تغلب عليها سمات الشفقة والرأفة وتوفير الحاجات له وقد يجد هذه المواقف في بيته وبين أسرته وقد يجد نقيض هذه المواقف خارج بيته مما يدفعه إلى الانزواء في بيته.كما انه في صراع بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الرعاية فينتهي الصراع بين الدافعين إما تغلب الدافع إلى الاستقلال فينمو باتجاه الشخصية القسرية التي تسيطر عليها المواقف العدوانية أو يتغلب الدافع إلى الأمن فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية وتنتاب الكفيف نتيجة هذه الصراعات ونتيجة المواقف التي يقررها أنواع من القلق يؤثر في كيان شخصيته فهو يخشى أن يرفض بسبب عجزه أو تستهجن أفعاله.

وقد يلجأ الكفيف إلى أنواع من الحيل الدفاعية لمواجهة أنواع من الصراع والمخاوف أهمها التبرير فهو عندما يخطئ يبرر أخطاءه بأنه كفيف وعاجز. كما يلجأ الكفيف للكبت كوسيلة دفاعية،توفر له ما يطمح إليه من الشعور بالأمن وتجنبه الاستهجان[٥٧].

وقد يلجأ للاعتزال كوسيلة هروبية من بيئة قد يخيل إليه أنها عدوانية أو أنها على الأقل لا تحبه بالقدر الذي يرضي نفسه. كما يلجأ إلى التعويض،كاستجابة لشعوره بالعجز والنقص، فيكرس وقته وجهوده لينجح في ميدان معين يتفوق في على أقرانه.وهو بلجوئه إلى هذه الحيل، يكون مدفوعا بأنه أقل كفاءة من المبصر.وتؤكد له مناسبات كثيرة صدق هذا الشعور. لأنه في مجال الإدراك أقل كفاءة من البصر[٥٨].

وتشير دراسة كوبر سميث عام ١٩٨٢م التي تناولت عدد ٢٧١ من الأطفال كفيفين لمعرفة عوامل

---

(٥٥) صالح الداهري، "سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة"، دار وائل- الأردن - الطبعة الأولى ، ٢٠٠٥م، صـــ٢٦٠.

(٥٦) سيد صبحي، "التوافق النفسي للكفيف المراهق، المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين"، دار المرجان للطباعة، القاهرة، ١٩٧٩م، صـــــ٢٤-٢٥.

(٥٧) لطفي بركات، الفكر التربوي في رعاية الكفيف، مكتبة الخانجي، القاهرة، الطبعة الأولى، ١٩٧٨م، صـــــ٢٨٥-٢٨٧.

(٥٨) المرجع السابق ، صـــــ٢٨٥-٢٨٧.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

تعزيز وتطوير الذات فوجد أهم هذه العوامل هي علاقة الآباء الوثيقة بهم وتقبلهم لوضعهم.ومن الخصائص النفسية (الانفعالية) أيضا كما يراها الدكتور سميث أن الطفل الكفيف يحاول أن يصل إلى الكمال فهو يعتقد أن الطفل المبصر لا يخطأ،وهنا يأتي دور الآباء في تصحيح هذه النظرة. فلابد أن يُعلم الطفل أن قدراته ذات حدود،فلا يمكن أن يُضغط عليه لتجاوز هذه الحدود لأن كل شخص له طاقات فيجب أن يُعَرف حدود طاقاته وكيفية استغلالها حتى لا يصطدم بالواقع[٥٩].

---

(٥٩) Sally S. Mangold, editor. A Teachers' guide to the special educational needs of blind and visually handicapped children New York : American Foundation for the Blind, ١٩٨٢Page ٩٦

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

(أساليب التشخيص والكشف المبكر)

قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

هناك بعض المؤشرات غير المطمئنة تصدر عن الطفل وهي تدل على وجود مشكلة بصرية عنده، والتي يجب أن ينتبه إليها الأهل والمعلمون في المدرسة وخصوصًا عند الأطفال الذين لديهم مشكلات بصرية أقل حدة، ومن هذه المؤشرات ما يلي:

١- إحمرار العينين.

٢- فرك العينين بشكل مستمر.

٣- كثرة إدماع العينين.

٤- كثرة إدماع العينين.

٤- ظهور عيوب ظاهرة للعينين مثل الحول.

٥- تكرار رمش العينين.

٦- تحاشي الضوء أو الطلب بزيادة الضوء.

٧- تقريب أو إبعاد الأشياء لرؤيتها.

٨- الاصطدام بالأشياء بشكل متكرر.

٩- الشعور بالتعب بسرعة أثناء القراءة.

١٠- الصداع المستمر.

١١- كرة الأخطاء في القراءة والكتابة.

١٢- مشكلات في التميز بين الألوان.

١٣- صعوبة تلقف الأشياء التي ترمي باتجاهه[٦٠].

أما بالنسبة لاستخدام الأدوات والمقاييس في تشخيص الإعاقة البصرية فيعتبر استخدام طريقة لوحة سنلن (**Snellenchart**) من الطرق التقليدية التي تستخدم في قياس وتشخيص الإعاقة

---

(٦٠) Hallan,d & Kauffman, t. (1992) Excptional Children Introduction To special education. (sthed). Prentic – gall. Englewood Cliffs, Newjersey p86

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

البصرية وهذه اللوحة تتكون من ثمانية صفوف من الحروف ويطلب من المفحوص أن يحدد اتجاه فتحة الحروف المشار إليها من قبل الفاحص هل اتجاه الفتحة إلى أعلى أم أسفل أو يسارًا أم يمينًا ويقف الفرد عاد على مسافة ٦ أمتار وإذا استطاع الفرد أن يجتاز بنجاح اتجاه صف الحرف الثامن من مسافة ٦ أمتار فإننا نستطيع القول أن نتيجة الفرد في الإبصار هي ٦/٦.

أما إذا استطاع الفرد اجتياز اتجاه الحروف. حتى الصف السابع من مسافة ٦ امتار بنجاح فإننا نستطيع القول أن قدرته على الإبصار هي ٦/١٢[٦١].

ولقد وجهت انتقادات عديدة لهذه الطريقة، ومنها صعوبة تقدير مدى الإعاقة البصرية وصعوبة استخدامها مع الأطفال غير المتعلمين، بسبب صعوبة فهم التعليمات لذلك فقد ظهرت هناك بعض المقاييس التي تستخدم لقياس الإعاقة ومنها:

١- مقياس فروستج للإدراك البصري:

Forsting Developmental Test of Visual Perception (DTVP)

يعتبر هذا المقياس من المقاييس الرئيسية لذوي صعوبات التعلم وذوي الإعاقات البصرية الجزئية، ويصلح للأفراد من (٣- ٨) سنوات، ويمكن استخدامه بطريقة فردية/جماعية ويقيس هذا الاختبار جوانب محددة متصلة بالإدراك البصري ويتألف من (٥٧) فقرة موزعة على الاختبارات الفرعية التالية:

١- اختبار تأزر العين مع الحركة (EyeHand coortion subtest): ويقيس هذا الاختبار قدرة الطالب على رسم خط مستقيم أو منحنى أو رسم زوايا ذات اتساعات مختلفة دون توجيه من الفاحص ويتكون من (١٦) فقرة.

٢- اختبار الشكل والأرضية (Figure – Ground subtest): يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب على إدراك الأشكال على أرضيات متزايدة في التعقيد، ويتألف من (٨) فقرات.

٣- اختبار ثبات الشكل (Constancy of shap subtest): يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب في التعرف على أشكال هندسية معينة، تظهر بأحجام مختلفة وبفروق دقيقة، وفق سياق أو نسب معينة وفي مواقع مختلفة، ويستخدم للتمييز بين الأشكال الهندسية المتشابهة (دوائر مربعات، مستطيلات، أشكال بيضاوية، متوازيات أضلاع) ويتألف من (١٩) فقرة.

٤- اختبار الوضع في الفراغ (Position IN space subtest): يقيس هذا الاختبار

---

(٦١) فاروق الروسان، "سيكولوجية الأطفال غير العاديين، دار الفكر، عمان – الأردن، ٢٠٠٠م، ص٨٧.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

قدرة الطالب على تمييز الانعكاسات والتعاقب في الأشكال التي تظهر بتسلسل وتستخدم رسوم تخطيطية تمثل موضوعات عامة ويتألف من (٨) فقرات.

٥- اختبار العقلات المكانية (special Relations subtest): يقيس قدرة الطالب على تحليل النماذج والأشكال البسيطة التي تشتمل على خطوط مختلفة الأطوال والزوايا، إذ يطلب من المفحوص- نسخها أو تقليدها باستخدام التنقيط ويتألف من (٨) فقرات[٦٢].

كما يمكن استخدام المقاييس التالية والتي تقيس القدرة على الإدراك البصري وهي:

١- مقياس بندر البصري الإدراكي الكلي[٦٣].

٢- مقياس بيري – بكتنيك للتآزر البصري الحركي[٦٤].

٣- مقياس الإدراك البصري الحركي[٦٥].

---

(٦٢) نبيل عبدالهادي، "بطء التعلم وصعوباته، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ٢٠٠٠م، ص٨٨.

(٦٣) Tge Bender Visual Motor Ges. Talt test by Bender Lauretta, 1938-1963.

(٦٤) The Beery – Buktenica De- Velop – mental Test of Visual Motor Integration (VMI) by Beery, Keith & Buktenica Norman, 1967.

(٦٥) Moto – free Visual Perception Test (MVPT) by colarusson Rondd. & Hammil. Donald, D, 1972.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

(التدخل المبكر)

يفهم من التدخل المبكر مجموعة من التدخلات الموجهة لأطفال يتراوح سنهم بين (٠ و ٦) سنوات، وللأسرة، وللمحيط، بهدف الاستجابة في أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة أو الدائمة التي يحتاجها الأطفال ذوو الاضطراب في النمو أو الذين هم في خطر الإصابة به، هذه التدخلا، التي يجب أن تتعامل مع الطفل ككل، يجب أن يتم تخطيطها من طرف فريق من الأخصائيين في التوجيه المتعدد أو المتجاوز الاختصاصات(٦٦).

إن الهدف الرئيسي للتدخل المبكر هو أن يتلقى الأطفال، الذين يعانون من اضطرابات في نموهم أو هم في خطر الإصابة به، تدخلا وفق نموذج يعتبر المظاهر البيولوجية والسيكلوجية والاجتماعية، كل ما من شأنه، انطلاقًا من الوقاية والرعاية الاجتماعية، أن يقوي قدرته على التطور والعيش الرغد ويسمح باندماجه الكلي في الوسط العائلي، والمدرسي، والاجتماعي، ويمكنه الاعتماد على نفسه(٦٧).

يعرف التدخل المبكر بأنه:

جملة من الخدمات التعليمية والتدريبية للأطفال المعوقين تقدم في مرحلة الطفولة المبكرة تتمثل الأهداف فيها أساسا بـــ:

أ- الكشف المبكر عن الإعاقة أو الوقاية منها قدر المستطاع.

ب- مساعدة الأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة على بلوغ أقصى ما تسمح به الظروف من أداء وتقدم.

ج- مساعدة أسر هؤلاء الأطفال على التعايش مع الإعاقة وذلك بتزويدها بالمعلومات المناسبة والإرشاد والتدريب و الحث على المشاركة النشطة في تنشئة الأطفال ورعايتهم. (الحديدي،٢٠٠٢)

والإعاقة البصرية من الإعاقات النادرة التي تصيب الاطفال وتؤثر بشكل كبير على حياتهم خصوصا في مراحل النمو المبكرة كما تؤثر بشكل كبير على العلاقة المتبادلة بين الطفل وعائلته وتؤثر أيضا على النواحي الاجتماعية والعاطفية المتعلقة بالطفل.

---

(٦٦) "الكتاب الأبيض للتدخل المبكر"، الاتحاد الإسباني لجميعات أخصائي التدخل المبكر (GAT)، الناشر الجمعية الملكية للإعاقة، الطبعة الثالثة، ٢٠٠٥م، ص١٣.

(٦٧) "الكتاب الأبيض للتدخل المبكر"، الاتحاد الإسباني لجميعات أخصائي التدخل المبكر (GAT)، الناشر الجمعية الملكية للإعاقة، الطبعة الثالثة، ٢٠٠٥م، ص١٧.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

بدأت برامج التدخل المبكر منذ سنوات حيث كانت تهدف في الأصل إلى تحسين الظروف المحيطة بالطفل المعاق بصريا وتضمنت عمليات التدخل بعض البرامج الموجهة إلى العائلات على يد الخبراء والمختصين وطرح وتطبيق بعض البرامج والخدمات. وتضمنت برامج التدخل تزويد الأسر ببعض المعلومات المتوفرة حول طرق التدخل الفعالة وخصوصا فيما يتعلق ببعض البرامج المقترحة لهذه الفئة من الأطفال وجدير بالذكر أن هناك نسبة قليلة من البحوث العلمية المنشورة والتي أشارت لوجود آثار سلبية ناتجة عن بعض مظاهر التدخل.

تشير الدراسات المتعلقة ببرامج التدخل أن التدخل المبكر يصبح أكثر فاعلية في حالة استخدام طاقم مؤهل ومدرب وكفؤ كما تشير أيضا إلى أن نسبة انتشار الإعاقة البصرية في الولايات المتحدة يبلغ ما نسبته ١,٨% من أطفال المجتمع الأمريكي. ومن النتائج التي توصلت لها بعض الدراسات ما يلي:

١- التركيز على العلاقة والتفاعل بين الطفل والعائلة ودعم هذه العلاقة وتطويرها خلال عمليات التدخل المبكر.

٢- إشراك الأهل واعتبارهم كشريك فعال في مراحل عمليات التدخل.

٣- تقييم الأطفال من خلال طواقم خبراء مؤهلين ولديهم الخبرة الكافية في العمل مع الأطفال المعاقين وخصوصا المعاقين بصريا.

٤- استخدام فرق عمل مدربة وذات خبرة كافية في موضوع الإعاقة البصرية وذلك للعمل مع أسر المعاقين.

٥- اجراء الدراسات حول فوائد استخدام النماذج المختلفة لبرامج التدخل المبكر مع المعاقين بصريا وتحديد الإحتياجات الخاصة بهم.

مسؤلية الكشف المبكر:

إن الكشف المبكر عن ضعف البصر في مرحلة الطفولة هو مسؤلية كل من:

١- الأسرة.

٢- معلمات رياض الأطفال.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

٣- الأطباء[٦٨].

نماذج التدخل المبكر مع المعاقين بصريا:

١- التدخل المبكر في المراكز:

وفقا لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر في مركز او مدرسة. وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات من سنتين او ثلاث إلى ست سنوات. وقد يلتحق الأطفال بالمراكز لمدة (٣-٥) ساعات يوميا بواقع (٤-٥) أيام أسبوعيا وإن كان بعض الأطفال يحضرون للمركز بواقع يومين أو ثلاثة أيام فقط. وتشتمل الخدمات التي يتم تقديمها في المراكز عادة على التدريب في مختلف مجالات النمو حيث يتم تقييم حاجات الأطفال وتقديم البرامج المناسبة لهم ومن ثم متابعة أدائهم[٦٩].

٢- التدخل المبكر في المنازل:

وفقا لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم. وفي العادة تقوم مدربة أو معلمة أسرية مدربة جيدا بزيارة المنزل من مرة الى ثلاث مرات أسبوعيا. وغالبا ما تهتم برامج التدخل المبكر هذه بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين. وفي هذه الحالات تقوم المعلمة بتقييم الأطفال وتحديد حاجاتهم وتساعد الأمهات في تنفيذ الأنشطة اللازمة لتلبية تلك الحاجات. ومن أفضل الأساليب لتدريب أولياء الامور على العمل مع أطفالهم المعوقين في المنزل القيام بوصف الأنشطة والتدريبات التي عليهم تنفيذها، وتوضيح كيفية تنفيذها لهم، والطلب منهم القيام بتنفيذها وتزويدهم بالتغذية الراجعة حول أدائهم. وأفضل الأنشطة هي الأنشطة التي تكون جزءا من عملية الرعاية اليومية الروتينية للطفل. وينصح بإستثمار قدرات الأخوة وغيرهم كي لا تكون عملية التدريب في المنزل عبئا يثقل كاهل الوالدين[٧٠].

٣- التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل:

تبعا لهذا النموذج من نماذج التدخل المبكر يتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سنا في المنزل وللأطفال الأكبر سنا في المركز. وأحيانا يلتحق الأطفال في المركز لأيام محددة ويقوم الاختصاصيون بزيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين في الأسبوت حسب طبيعة حالة الطفل وحاجات

---

(٦٨) منى الحديدي، "مقدمة في الإعاقة البصرية"، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان – الأردن، ٢٠٠٠م، ص٩٠-٩١.

(٦٩) المرجع السابق.

(٧٠) المرجع السابق.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

الأسرة[٧١].

استراتيجيات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بصريًّا:

١- تذكر أن الوالدين أهم عنصر في حياة الطفل وان تدخلك إنما هو تدخل مرحلي.

٢- ضع يديك على يدي الطفل ليحس بالحركة وبالتالي يعرف مالذي تريده منه.

٣- قف خلف الطفل وليس أمامه.

٤- تذكر أن الخبرة الحقيقية أكثر فائدة للطفل من وصف الخبرة.

٥- تذكر أن قدرة الطفل على التقليد وعلى التعلم التلقائي محدودة ولذلك فإن كثيرا من الأحداث اليومية الروتينية تحتاج إلى توضيح.

٦- تحدث مع الطفل عن كل صوت يسمعه وعن كل حركة يقوم بها.

٧- يجب أن يتم التدريب البصري على نحو وظيفي متسلسل.

٨- خفف المساعدة التي تقدمها للطفل ليتعلم الاعتماد على نفسه.

٩- كن ثابتا واستخدم المصطلحات نفسها حتى لا تربك الطفل.

١٠- استخدم البديهة، علم الطفل النشاطات في الاوقات والأماكن المناسبة والطبيعية.

١١- يجب أن تتصف بالتلقائية في تفاعلك مع الطفل.

١٢- اطرح القليل من الأسئلة، وقدم الكثير من الأجوبة واستمع جيدا.

١٣- خصص وقتا كبيرا للتواصل اللمسي مع الطفل (احمله، عانقه، هز جسمه) واستخدم الأصوات الدافئة والمطمئنة.

١٤- احتفظ بسجلات مناسبة حول نمو الطفل ونضجه.

١٥- زود الطفل بتغذية راجعة[٧٢].

---

(٧١) منى الحديدي، "مقدمة في الإعاقة البصرية"، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان – الأردن، ٢٠٠٠م، ص١٠١-١٠٢.

(٧٢) المرجع السابق.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

(الحاجات التربوية للمعوقين بصريًّا)

لما كان الأثر الأكبر للإعاقة البصرية هو الحد من خبرات الفرد، فإن أهم دور ينبغي على البرامج التربوية والتدريبية المقدمة للأشخاص المعوقين بصريًّا القيام به هو مساعدتهم في الحصول على أكبر قد ممكن من المعلومات والإدراك باستخدام الحواس غير البصرية (وخاصة السمعية واللمسية) وبالمشاركة بالخبرات النشطة واعتمادًا على القدرات البصرية المتبقية، يجب تشجيع الطفل المعوق بصريًّا على توظيف البصر المتبقي لديه.

ومع أن مكونات المنهاج الدراسي العادي مهمة وضرورية للأطفال المعوقين بصريًّا، إلا أن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى أنشطة تعليمية وتدريبية خاصة، ويطلق على ذلك اسم (المنهاج الإضافي) وتتمثل عناصر هذا المنهاج في:

أ- الكفاية الشخصية والتكيف الشخصي والمهارات الحياتية اليومية.

ب- الحركة والتنقل.

جـ- مهارات التواصل.

د- التوجيه المهني.

هـ- الأدوات والمعدات الخاصة.

و- الإثارة البصرية.

فإذا كان الأطفال المبصرون قادرين على تعلم المهارات الحياتية اليومية والعناية بالذات من خلال الملاحظة والتقليد فالأطفال المعوقون بصريًّام بحاجة إلى برامج تدريبية منظمة في هذا الخصوص لأنهم محرمون من القدرة على الملاحظة والتقليد، والكلام ذاته ينطبق على تعلم المهارات الاجتماعية المناسبة حيث أن التفاعل الاجتماعي غالبًا ما يتضمن التواصل غير اللفظي، ولذلك فإن الأطفال المعوقين بصريًّا يحتاجون إلى تعليم مباشر لاكتساب مهارات التواصل الفعالة، ولكي يصبح الأطفال المعوقين بصريًّا معتمدين على أنفسهم يجب تعليمهم مهارات التنقل والحركة بشكل مستقل وآمن.

كذلك ينبغي على المعلمين أن يهتموا بتطوير المهارات التواصلية للأطفال المعوقين بصريًّا والتي تشمل الاستماع والكلام والكتابة والقراءة وذلك يعني استخدام العديد من الأدوات والمعدّات الخاصة، إضافة إلى ما سبق، يجب تشجيع هؤلاء الأطفال على استخدام أية قدرات بصرية وظيفية

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

متبقية لديهم[٧٣].

- مهارات التواصل:

يعتبر تطوير مهارات التواصل أحد أهم الأهداف التي يجب على البرامج التدريبية للأطفال المعوقين بصريًّا تحقيقها، فالتفاعل الهادف والبناء مع الأشخاص الآخرين له أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال، ومبرر هذا القول هو أن الأطفال الذين يعانون من إعاقات بصرية شديدة محرومون من إمكانية التواصل العيني مع الآخرين، والافتقار إلى ذلك قد لا يترك تأثيرات على الطفل فقط ولكنه قد يترك تأثيرًا على الوالدين أيضًا.

وتقترح الباحة المعروفة في ميدان الإعاقة البصرية سلمى فريبيروج () توظف الخبرات غير البصرية لتعويض الأطفال المعوقين بصريًّا عن الخبرة البصرية، وعلى وجه التحديد، تقترح فريبيرج استخدام الإثارة السمعية واللمسية، فتلك الإثارة تساعد الطفل المعوق بصريًّا على التواصل مع الآخرين وعلى إدارك معنى الأشياء من حوله، ولتحقيق ذلك يقترح على الوالدين التحدث إلى الطفل وملامسته ومعانقته فذلك يشعره بالارتياح والطمأنينة ويشجعه على الاستجابة للآخرين[٧٤].

- مهارات الحركة والتنقل:

يفتقر الكثيرون من المكفوفين وضعاف البصر إلى مهارات التنقل والحركة باستقلالية، ولذلك يجب تزويد هؤلاء الأشخاص ببرامج منظمة وهادفة لتوفير الفرص الكافية لتعلم مهارات التعرف (القدرة على إدراك الأشياء المحيطة وعلاقتها بالفراغ والتنقل (القدرة على التحرك من مكان إلى آخر)، وتشير الحديدي إلى أن مهارات التعرف تتطلب الاستيعاب (الحصول على المعلومات من خلال الحواس الأخرى، التحليل (تنظيم المعلومات وتصنيفها)، الاختيار (تحليل المعلومات واتخاذ القرارات المناسبة)، التخطيط (تخطيط العمل اعتمادًا على المعلومات المتعلقة بالظروف البيئية الحالية)، التخطيط (تخطيط العمل اعتمادًا على المعلومات المتعلقة بالظروف البيئية الحالية)، والتنفيد (أداء الخطوات التي تشمل عليها الخطة، وأما مكونات عملية التعرف فهي علامات الطريق، الدلالات، الاتجاهات، القياس وتنيمات المباني[٧٥].

---

(٧٣) منى الحديدي، "مقدمة في الإعاقة البصرية"، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان – الأردن، ٢٠٠٠م، ص١٨٦- ١٨٧.

(٧٤) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ منى صبحي الحديدي، ص١٨٨، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٧٥) منى الحديدي، "مقدمة في الإعاقة البصرية"، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان – الأردن، ٢٠٠٠م، ص١٨٩.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

- تطوير المهارات السمعية و اللمسية:

تهدف برامج التربية الخاصة المعدة للمكفوفين إلى تزويدهم بأكبر قد ممكن من المعلومات عن حقائق العالم الذي يعيشون فيه، وإلى مساعدتهم على تطوير الثقة بقدرتهم على التعامل مع تلك الحقائق، ولتحقيق تلك الأهداف، يلجأ المعلمون إلى الطرائق التربوية الخاصة وفقًا للقوانين التالية:

- **التركيز على الملموس:**

يتمثل الهدف الأساسي المتوخَّى من تقديم البرامج التربوية للأطفال المكفوفين حصولهم على المعلومات الكافية، وذلك من لاخل القيام بالنشاطات المختلفة التي تشمل على استخدام حاستي اللمس والسمع، فمن خلال اللمس يتعلم الطفل المكفوف حجم الأشياء وشكلها وملمسها وحرارتها... إلخ(٧٦).

- **الخبرات المتكاملة:**

يحد فقدان البصر إلى درجة كبيرة قدرة الإنسان على إدراك الموقف أو الشيء ككل متكامل، فالشخص المكفوف يكتسب بعض المعلومات من خلال السمع والبصر والبعض الآخر من خلال اللمس ولهذا يجب أن توجه البرامج التربوية نحو تنظيم وتكامل خبرات الكفيف لكي لا تبقى المفاهيم لديه جزئية ومحدودة، وذلك يتحقق من خلال الإثارة البيئية المنظمة والمتسلسلة(٧٧).

- **التعلم بالعمل:**

قد لا يحاول الطفل المكفوف الوصول إلى الأشياء من حوله لأنه لا يراها فلا تجذبه ولهذا فإن علينا زيادة دافعيته لاكتشاف البيئة، ومن هنا تنبع أهمية التحرك للكفيف، وتنظيم الزيارات والرحلات إلى الأماكن المختلفة، وتوفير خبرات غنية في غرفة الصف، وتنظيم المواد التعليمية جيدًّا بحيث تشتمل على تفسيرات لفظية واضحة ومحددة، وهكذا يشتمل تعليم المكفوفين على محاولة توفير الفرص الكافية لهم ليمروا بخبرات شبيهة بالخبرات التي يمر بها المبصرون، ولكن من خلال الاعتماد على الخبرات الملموسة والتوضيحات اللفظية(٧٨).

- **حاسة السمع:**

---

(٧٦) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، ص١٨٩، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

(٧٧) المرجع السابق ص١٩٠.

(٧٨) مني الحديدي، "مقدمة في الإعاقة البصرية"، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان – الأردن، ٢٠٠٠م، ص١٩٠.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

السمع ليس مهمًا للكفيف فحسب، ولكنه ذو أهمية بالغة للناس جميعًا، فالإنسان المبصر يتعلم الكثير من خلال الاستماع إلى الآخرين، إلا أن فقدان البصر يجعل حاسة السمع أكثر أهمية بالنسبة للمكفوف، ولعلنا نحتاج إلى التأكيد مرة أخرى هنا على أن البحث العلمي لم يدعم الاعتقاد القائل بأن حاسة السمع لدى المكفوف تفوق حاسة السمع لدى المبصر، فالفرق بين الاثنين – إذا وجد – هو أن الشخص المكفوف ينمي ويطور مهارات الانتباه السمعي بشكل فعال، فالإدراك السمعي بالنسبة للكفيف لا تقتصر على استخدامات على فهم ما يقوله الآخرون ولكنه يتعلق مباشرة بالقدرة على التنقل والتحرك في البيئة، إذ إن المكفوف يعتمد إلى درجة كبيرة على المثيرات السمعية في المشي والتنقل من مكان إلى آخر، ولعل قدرة الكثيرين من الكفيفين على التنقل وكأنهم يحسون بالحواجز هي التي دفعت بعض الباحثين بأن لدى الكفيف حاسة سادسة يطلق عليها عادة اسم حاسة الحواجز تساعدهم على اكتشاف الحواجز[٧٩].

– التوجيه المهني:

وهو مساعدة المعاق بصرياً على اختيار ما يناسبه من أعمال في ضوء التعرف على ظروف الإصابة والخبرات السابقة ومدى تقبله للعمل المعروض عليه ولتحقيق ذلك يستلزم أن تتضمن عملية التأهيل المهني الآتي:

- **تحليل المهن:** وذلك لمعرفة احتياجات كل مهنة ومتطلباتها من استعدادات وقدرات ومهارات لوضع المعاق بصرياً في العمل المناسب له.
- **تحليل شخصية المعاق بصرياً:** وذلك لمعرفة قدراته ونواحي القوة والضعف فيه عن طريق الطبيب والأخصائي الاجتماعي والنفسي.
- **التوجيه:** وهذا يتطلب مراعاة التوفيق بين حاجات المعاق بصرياً والنواحي المكفولة في مجال العمل وذلك لوضع كل فرد في المهنة المناسبة له ومساعدة المعاق بصرياً على التكيف النفسي والاجتماعي لبيئة العمل الجديدة.
- **التدريب المهني:** وهذا يستلزم أن يتقبل المعاق بصرياً عاهته وتكيفه مع وضعه الجديد حتى يستقر نفسياً وبعد ذلك تبدأ خدمات التدريب على المهنة الملائمة له.
- **التشغيل:** وهي المرحلة الأخيرة من مراحل التأهيل المهني فلا فائدة من التدريب دون إيجاد العمل المناسب للمعاق بصرياً في المهنة التي تدرب عليها ونجح فيها.

---

(٧٩) Hallahan. D. & Kauffman. J (2002). Exeptional learning: Introduction to special education (9th Ed.) Allyn & Bacon

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

• **التتبع:** ويجب هنا متابعة المعاق بصرياً بعد التحاقه بالعمل وذلك لإرشاده للتغلب على العقبات أو مشكلات العمل التي قد يواجهها.

إن المعاقين بصرياً هم طاقة بناءة يمكن استغلالها والإفادة منها، وإلا فإن الآية تنعكس ويصبحون عوامل هدم وتشويه بدلاً من كونهم عوامل بناء وتدعيم. فمن المعروف أن المعوقين عامة والمعاقين بصرياً خاصة إن لم يشغلهم عمل يصرفون فيه جهدهم ويقضون فيه وقتهم، فانهم يتحولون إلى عناصر هدامة يتفشى بينها الانحراف الاجتماعي بشتى صوره ويصبحون عالة ثقيلة على المجتمع. إن الأمر لا يستلزم أكثر من الاعتراف بكرامة الفرد المعوق وتدعيم الثقة في قدراته وتقبله في المجتمع بما يضيف المزيد إلى الكفاية الإنتاجية(٨٠).

أدوات خاصة:

• آلة بريل (**Brialle**):

تعتبر آلة بريل الوس الرئيسي الذي يستخدمه كثيرون من المكفوفين للقراءة، وآلة بريل هي نظام للقراءة من خلال اللمس حيث تعتمد على استخدام خلايا من ست نقاط، ويكتب المكفوفون من خلال استخدام آلة بريل للكتابة، كذلك يمكن استخدام اللوح والمغرز (المثقب) وذلك من خلال تثبيت الورقة، وتكتب المعلومات من اليمين إلى اليسار وعند القراءة تقلب الصفحة وتقرأ من اليسار إلى اليمين(٨١).

• **الابتاكون (Optacon):**

هو أداة للقراءة تستخدم تقنيات إلكترونية بالغة التعقيد تعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى ذبذبات لمسية يستطيع الشخص المكفوف الإحساس بها بإصبع واحد، ولأن القراءة بالابتاكون ليست سريعة، فهي ليست بديلا لآلة بريل(٨٢).

• **الدائرة التلفزيونية المغلقة (Closed – Circuit Television):**

أصبحت الدائرة التلفزيونية المغلقة تستخدم على نطاق واسع في الآونة الأخيرة من قبل التلاميذ

---

(٨٠) سيد عبدالحميد مرسي، "الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني"، مكتبة الخانجي، مصر، الطبعة الأولى، ١٩٧٥م، ص٤٠٩.

(٨١) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ، ص١٩٤.

(٨٢) المرجع السابق، ص١٩٥.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

ذوي الضعف البصري الشديد، و ما تعمله هذه الدوائر هو أنها تعرض المادة المكتوبة على شاشة جهاز التلفزيون الأمر الذي يسمح للشخص ضعيف البصر بقراءتها بسهولة وبسرعة نسبيًا[٨٣].

- **المسجلات (Recorders):**

تستخدم لتدوين الملاحظات وللاستماع للكتب المسجلة وللاستجابة اللفظية لأسئلة الامتحانات[٨٤].

- **الكتب الناطقة (Talking books):**

وتستخدم هذه الكتب للقراءة الترويحية ولقراءة الكتب والمجلات المسجلة[٨٥].

الآلة الكاتبة (Typewirter):

قد تسهل الآلة الكاتبة عملية الكتابة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من ضعف بصري ولا يستطيعون الكتابة بطريقة واضحة وللأطفال المكفوفين أيضًا لتحضير الواجبات المنزلية وما إلى ذلك[٨٦].

- **مواد التكبير (Large – Print Materials):**

يجد بعض التلاميذ الضعاف بصريًا قراءة الأحرف المكبرة أسهل من قراءة الكلمات المكتوبة بالحجم العادي، وهناك مواد للتكبير مثل العدسات المجهرية وغيرها[٨٧].

- **آلة كرزويل للقراءة (Kuzweil Reading Machine):**

آلة تعمل بواسطة الكمبيوتر لتحويل المادة المطبوعة إلى مادة مسموعة، وتوضع المادة المطبوعة على مكان خاص للقراءة ويقوم جهاز الكشف عن المادة المكتوبة بالقراءة سطرًا سطرًا، وللآلة مفاتيح خاصة للتحكم بالصوت من حيث علوه وسرعته، كذلك هناك مفاتيح خاصة لتهجئة الكلمات وما

---

(٨٣) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ، ص١٩٥.

(٨٤) المرجع السابق.

(٨٥) المرجع السابق.

(٨٦) المرجع السابق.

(٨٧) المرجع السابق.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

إلى ذلك[٨٨].

• **الحاسب الناطق (Speech Plus Calculator):**

حاسب ناطق يحمل باليد يجري العمليات الحسابية الأساسية وتعطي الإجابة صوتيًا[٨٩].

- البدائل التربوية:

هناك خمسة بدائل تربوية رئيسية لتعليم الأطفال المعاقين بصريًّا هي:

أ- مؤسسات الإقامة. ب- الصفوف الخاصة.

جـ- غرف المصادر. د- التعليم المتنقل.

هـ- الصفوف العادية.

• **وينبغي تحديد البديل التربوي المناسب للك طفل بناءً على مايلي:**

١- مستوى البصر الوظيفي للطفل.

٢- نتائج الفحوصات الصحية العامة.

٣- نتائج التقييم النفسي.

٤- ملاحظات المعلمين وتقاريرهم.

٥- آراء الآباء وتوقعاتهم[٩٠].

---

(٨٨) "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ، ص١٩٦.

(٨٩) المرجع السابق، ص١٩٧.

(٩٠) Cartwrigt, G.cartwright, c. & Ward, M. (1995) Education special learners, Belmont California: Wadsworth publishing Company.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

(البرامج العلاجية وأساليب التدريس)

- البرامج العلاجية:

أولا: برنامج التحصين التدريجي:

يقوم العلاج السلوكي بطريقة التحصين التدريجي على تشجيع الشخص العصابي – القلق – على مواجهة مواقف القلق تدريجيًّا، والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تمامًا خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغي العلاقة الاشتراطية بين المثير والاستجابة، وهذا ما سوف يقوم به البرنامج الحالي(٩١).

أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج فيما يلي:

١- يساعد برنامج التصحين التدريجي بعد تطبيقه على مواجهة المواقف التي تثير القلق عند الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في الواقع دون حدوث أي توتر أو إنزعاج.

٢- يعلم البرنامج الطلاب طريقة جديدة للتغلب على المشكلات والتوترات التي يواجهونها في حياتهم اليومية من خلال التدريب على الاسترخاء.

٣- يساعد البرنامج الحالي على خفض مستوى القلق بصورة خاصة وتحسين الصحة النفسية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية بشكل عام(٩٢).

الحاجة للبرنامج:

أكدت البحوث والدراسات السابقة على أن المراهقين من ذوي الإعاقة البصرية يعانون من ارتفاع مستوى القلق لديهم بمقارنتهم بأقرانهم المبصرين – مما يسبب لهم الكثير من الاضطرابات الفسيولوجية كاضطراب النوم والصداع وفقدان الشهية واضطراب التنفس،هذا إلى جانب الاضطرابات الاجتماعية والتي تتمثل في الحساسية الاجتماعية وعدم الشعور بالانتماء إلى الجماعة وتجنب المواقف الاجتماعية وكذا اضطرابات انفعالية تظهر في الشعور بالدونية وعدم الثقة بالنفس وانعدام قيمة الذات وعدم القدرة على التوافق الشخصي، وأيضًا اضطرابات في عمليات التفكير والذاكرة، وصعوبة تركيز

---

(٩١) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إيهاب الببلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص١٧٧.

(٩٢) المرجع السابق.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

الانتباه.

ولقد دلت نتائج البحوث والدراسات السابقة على فاعلية العلاج السلوكي وخاصة فنية التحصين التدريجي في خفض القلق وذلك لما يوفره من فنيات متنوعة تساعد الفرد على خوض المواقف المثيرة للقلق دون أن يصاب بتلك الاضطرابات التي كان يعاني منها سابقًا(٩٣).

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الأسس الهامة وهي:

١- الأسس العامة:

تم مراعاة حق الفرد في التقبل دون قيد أو شرط وكذا حقه في الإرشاد والعلاج النفسي، وروعي أحد الأسس الهامة والتي يقوم عليها العلاج السلوكي وهي قابلية السلوك للتعديل والتغيير.

٢- الأسس الفلسفية:

استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من النظرية السلوكية بشكل عام ونظرية الإشراط الكلاسيكي بصفة خاصة إلى جانب اعتماد البرنامج على الأسس الفلسفية العامة التي تتضمن مراعاة أخلاقيات العلاج وسرية البيانات.

٣- الأسس النفسية والتربوية:

روعيت الخصائص العامة للنمو في مرحلة المراهقة وكذا الخصائص المميزة لذوي الإعاقة البصرية والفروق الفردية بين أعضاء العينة العلاجية.

٤- الأسس الاجتماعية:

تم استخدام أسلوبي العلاج الجماعي والفردي، وذلك حسبما تتطلبه الحالة وفقًا للمدرج الهرمي الموضوع للأفراد.

٥- الأسس الفسيولوجية والعصبية:

حيث استخدمت فنية الاسترخاء العضلي ومن ثم فلقد روعيت الأسس الفسيولوجية والعصبية التي تساعد على الوصول بالجسم إلى حالة الاسترخاء الكامل(٩٤).

الخدمات التي يقدمها البرنامج:

---

(٩٣) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إيهاب الببلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص١٧٧.

(٩٤) المرجع السابق، ص١٧٧- ١٧٨.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

يقدم البرنامج عددًا من الخدمات منها:

١- الخدمات العلاجية:

وتتمثل في مساعدة أفراد العينة العلاجية على خفض مستوى القلق لديهم.

٢- الخدمات الوقائية:

يقدم البرنامج خدمة وقائية هامة، حيث يتم تدريب أفراد العينة العلاجية على استخدام فنية الاسترخاء في المواقف التي تواجههم في الحاضر وكيف يمكن التغلب على قلقهم في المستقبل.

٣- الخدمات التربوية:

وتتمثل في تحسين التحصيل الأكاديمي لدى أفراد العينة العلاجية وذلك باستخدامهم لما تعلموه في الجلسات أثناء فترة الامتحانات، لما أثبته التحصين التدريجي من فعالية عالية في خفض مستوى قلق الامتحان.

٤- الخدمات الاجتماعية:

وتتمثل في تدعيم العلاقات بين أفراد العينة خلال الجلسات الأولى أثناء تدريبهم على الاسترخاء وذلك من خلال التفاعل الاجتماعي البناء بينهم خلال كل جلسة.

٦- خدمات المتابعة:

وتتمثل في المتابعة الدورية لكل خطوات البرنامج للوقوف على التغيرات التي أحدثها العلاج في أفراد المجموعة العلاجية[٩٥].

التخطيط العام للبرنامج:

تشتمل عملية التخطيط للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية، وكذلك الإجراءات العملية لتنفيذ البرنامج والتي تتضمن الإعداد المبدئي للبرنامج وما يشتمل عليه من الخلفية التدريبية والبرنامج في صورته الأولية والأسلوب العلاجي والفنيات والوسائل المستخدمة في الجلسات العلاجية، ثم العرض على المحكمين والقيام بالدراسة الاستطلاعية وتحديد المدى الزمني للبرنامج وعدد الجلسات العلاجية، ومدة كل منها، ومكان إجراء البرنامج، وأخيرًا إجراءات تقويم البرنامج[٩٦].

أولاً: أهداف البرنامج:

---

(٩٥) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إلهاب البيلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص١٧٩.

(٩٦) المرجع السابق، ص١٨٠.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

- تنقسم الأهداف إلى قسمين:

• **الأهداف العامة:** والتي تتحدد في هدفين:

١- هدف علاجي:

حيث يهدف البرنامج إلى خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية (العينة العلاجية) من خلال تدريبهم على خطوات استخدام التحصين التدريجي على المستوى التخيلي.

٢- هدف وقائي:

حيث يكتسب أفراد العينة العلاجية بعض الفنيات السلوكية التي تساعدهم على مواجهة مواقف القلق في المستقبل دون إثارة تلك المشاعر التي كان تضايقهم سابقًا.

• **الأهداف الإجرائية:**

تتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل البناء داخل الجلسات ومن خلال القيام بأداء الواجبات المترلية التي يكلف بها المفحوصون والتي تتعلق بالتدريب على الاسترخاء والتخيل، وتتلخص الأهداف الإجرائية فيما يلي:

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الدور الذي يلعبه القلق في اضطراب حياتهم وما يعانون منه من مشكلات تورقهم وتسبب لهم التوتر والضيق.

٢- أن يتدربوا على إتقان مهارت الاسترخاء العضلي لاستخدامها في كل مواقف القلق التي تواجههم.

٣- أن يتعرفوا على الدور الذي يلعبه الاسترخاء العضلي في خفض التوتر والقلق.

٤- أن يتدربوا على استخدام الاسترخاء العضلي بأوضاع مختلفة (أثناء الاستلقاء على السير، أو الأريكة أو من وضع الوقوف).

٥- أن يتدربوا على التخيل كأحد الخطوات الأساسية نحو العلاج[٩٧].

ثانيًا: الإعداد المبدئي للبرنامج:

١- الخلفية التدريبية:

لقد تم الاعتماد على عدد من الإجراءات لكي يتأكد المؤلف من قدرته على القيام بتطبيق البرنامج،

---

(٩٧) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إلهام البيلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص١٧٧.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

ومن بين هذه الإجراءات:

١- التدريب على العلاج السلوكي لدى الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعي (معهد مصر للعلاقات الإنسانية).

٢- إعداد شريط للاسترخاء، وقد تم تحكيم عدد من أعضاء هيئة التدريس على مدى كفاءته في تدريب العينة العلاجية على فنية الاسترخاء العضلي.

٣- تم الإطلاع على عدد كبير من الدراسات التي استخدمت التحصين التدريجي كأحد فنيات العلاج السلوكي، وذلك للتعرف على الخطوات التي يمر بها العلاج وفحص كل خطوة بتأنٍ.

٤- كما تم الإطلاع على عدد كبير من كتابات جوزيف فوليه **Wolpe.J.** الأولى والتي أعدها لشرح هذه الفنية بالتفصيل(٩٨).

ب- البرنامج في صورته الأولية:

لقد مر البرنامج بأربعة مراحل هي:

١- مرحلة البدء:

وهي المرحلة التي يتم خلالها التعارف والتمهيد بين الباحث والمفحوصين، وشرح أهداف البرنامج والإطار الذي ستكون عليه العلاقة العلاجية، ويتم ذلك خلال الجلسة التمهيدية الأولى.

٢- مرحلة الانتقال:

وهي المرحلة التي تهدف إلى إلقاء الضوء على المشكلة الرئيسية وهي القلق وتوضيح أسبابه وآثاره السلبية، وكذا العلاقة بين القلق والتوتر والعضلي، والعلاج بالتحصين التدريجي وأهميته ومراحل تنفيذه، والدور الذي يلعبه الاسترخاء في خفض القلق في المواقف المختلفة.. وهكذا.

٣- مرحلة العمل البناء:

وهي المرحلة التي تهدف إلى التدريب على الاسترخاء والتي تتم في الجلسات من الرابعة إلى الثامنة بينما يتم في الجلسات من التاسعة حتى الثالثةعشر تعريض المجموعة العلاجية للمدرج الهرمي للقلق من خلال المزاوجة بين مدرج القلق والاسترخاء.

٤- مرحلة الإنهاء:

---

(٩٨) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إيهاب الببلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص١٨١.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

وهي المرحلة التي تهدف إلى الوقوف على الأهداف التي حققها البرنامج وتهيئة الأفراد لإنهاء البرنامج العلاجي، ويتم ذلك خلال الجلسة الأخيرة[٩٩].

جـ- الأسلوب العلاجي:

تم اتباع أسلوب العلاج السلوكي الجماعي في الجلسات من الأولى حتى الثامنة، وذلك حتى يتحقق دعم إحساس الأعضاء بالأمن، والمشاركة الوجدانية حتى يشعر كل فرد من أعضاء الجماعة العلاجية أنه ليس وحده الذي يعاني من مشكلة القلق، وأيضًا لتشجيعهم على الاستمرار في الجلسات العلاجية[١٠٠].

د- الفنيات العلاجية:

- **المحاضرات:** استخدام أسلوب المحاضرات العلمية المبسطة وذلك لشرح معظم الجلسات التي كانت تتضمن بعض المفاهيم والمصطلحات وكذا شرح لطريقة تنفيذ الاسترخاء خطوة بخطوة.

- **الاسترخاء:** حيث تم تدريب أفراد العينة العلاجية على استخدام فنية الاسترخاء العضلي، من خلال القيام باسترخاء للمجموعات العضلية.

- **النمذجة:** استخدام فنية النمذجة، وذلك بإعطاء المفحوصين عددًا من النماذج لأشخاص قلقين وما يعانون منه من اضطرابات وكيف اجتازوان قلقهم بالتحصين التدريجي.

- التخيل: تم تدريب أفراد العينة العلاجية على كيفية استحضار المشاهد التي تثير القلق إلى العقل الواعي كما لو كانوا يعيشوها حتى يمكن المزاوجة بينها وبين الاسترخاء لخفض القلق.

- **التحويل:** تم استخدام هذه الفنية لتحويل اهتمام أفراد العينة العلاجية إلى أوجه النشاط المختلفة مثل الألعاب الرياضية والأعمال الفنية.

- **الواجبات المنزلية:** تلك التي تم تكليف أفراد العينة العلاجية بها، وذلك للتدريب على الاسترخاء العضلي[١٠١].

و- الوسائل المستخدمة:

استخدمت الوسائل التالية:

---

(٩٩) المرجع السابق، ص١٨٢- ١٨٣.

(١٠٠) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إلهام البيلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص١٨٣.

(١٠١) المرجع السابق، ص١٨٣- ١٨٤.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

١- شريط كاسيت لتدريب العينة العلاجية على الاسترخاء.

٢- نشرات توضح طبيعة القلق ومصادره، وكيفية مواجهته من خلال التحصين التدريجي.

٣- الأدوات القياسية والمحتوى العلمي للبرنامج العلاجي[١٠٢].

ز- العرض على المحكمين:

بعد أن تم تصميم برنامج العلاج بالتحصين التدريجي في صورته النهائية تم عرضه على مجموعة من أعضاء هية التدريس لأخذ آرائهم حول:

- مدى تسلسل وترابط خطوات البرنامج العلاجي.

- مدى مناسبة الجلسات لذوي الإعاقة البصرية.

- مدى مناسبة الإجراءات المستخدمة في البرنامج[١٠٣].

ح- الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء دراسة استطلاعية للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية على اثنين من الطلاب ذوي الإعاقة البصرية ممن تنطبق عليهم نفس شرو العينة التجريبية، وفي ضوء تلك الدراسة تم التعرف على:

أ- المدة المناسبة لكل جلسة.

ب- عدد الجلسات الملائم.

جـ- الفنيات المستخدمة[١٠٤].

ط- المدى الزمني للجلسة:

استغرقت الفترة الزمنية لكل جلسة ما بين (٤٥: ٦٠) دقيقة بمعدل ثلاث جلسات أسبوعيًا[١٠٥].

ثانيًا: برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي تناول شامل للعلاج النفسي الذي لا يوظف الطرق الانفعالية السلوكية فحسب بل يركز أيضًا على تفويض العنصر اللاعقلاني في السلوك التخاذلي، فالنفوس

---

(١٠٢) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إلهام البيلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص١٨٤.

(١٠٣) المرجع السابق، ١٨٤.

(١٠٤) المرجع السابق، ص١٨٥.

(١٠٥) المرجع السابق، ص١٨٥.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

البشرية معقدة بشكل كبير بحيث أنه يصعب أن تجد سبيلاً وحلاً لتفسير اضطرابهم، وكذا طريقة واحدة يمكن بها مساعدتهم على تجاوز هذا الاضطراب وتظهر مشاكلهم النفسية من الشعور الخاطئ، والإدركات الخاطئة بشأن ما يشعرون به، ومن ردود فعلهم العاطفية الأقل من الطبيعي أو المبالغ فيها للمثيرات الطبيعية، ومن أنماط سلوكهم الاعتيادي المضطرب، والذي يشجعهم على الاستمرار في تكرار الاستجابات غير التكيفية حتى عندما يعرفون أنهم يتصرفون بشكل خاطئ في تكرار الاستجابات غير التكيفية حتى عندما يعرفون أنهم يتصرفون بشكل خاطئ وسيء، وبالتالي يكون من المرغوب فيه تناول عقلاني انفعالي سلوكي ثلاثي الاتجاهات لمشاكلهم، والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يوفر هذا الهجوم متعددة الأوجه[١٠٦].

أهمية البرنامج:

يعاني بعض الطلاب من ذوي الإعاقة البصرية من ارتفاع مستوى القلق لديهم، وذلك من جراء اعتقادهم بصحة عدد من الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة مما يدعهم اضطرابهم سلوكي يسهم بشكل فعال في دحض الأفكار اللاعقلانية التي يتمسكون بها واستبدالها بأفكار أخرى أكثر عقلانية، ومن ثم يساعدهم ذلك في خفض مستوى القلق لديهم قبل أن يصل بهم إلى مراحل متطورة من المرض النفسي.

فعلى الرغم من الجهود التي تبذل لرعاية ذوي الإعاقة البصرية في الحقل التعليمي، إلا أن هذه الجهود في حاجة إلى نتائج البحوث السيكولوجية حتى يمكن تهيئة المناخ الملائم لمساعدة هذه الفئة على تحسين توافقهم الشخصي والاجتماعي عن طريق التصدي للمشكلات النفسية التي يعانون منها[١٠٧].

الحاجة للبرنامج:

أكدت البحوث والدراسات السابقة على أن المراهقين من ذوي الإعاقة البصية يعانون من ارتفاع مستوى القلق لديهم بمقارنتهم بأقرانهم المبصرين، مما يسبب لهم الكثير من الاضطرابات الفسيولوجية والاضطرابات الاجتماعية، والاضطرابات الانفعالية، وأيضًا اضطرابات في عمليات التفكير والذاكرة، مما سبق الحديث عنه، كثير من الدراسات أكدت على فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض القلق.

دلت الدراسة الاستطلاعية التي تم القيام بها بمدارس النور للمكفوفينأن الكثير من ذوي الإعاقة البصرية يمتسكون بأفكار ومعتقدات لا عقلانية كاعتقاد البعض بأنه يجب إخفاء كف البصر حتى ينال

---

(١٠٦) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إيهاب الببلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص١٩٩.

(١٠٧) المرجع السابق، ص٢٠٠.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

قبول واستحسان الآخرين[١٠٨].

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الأسس الهامة وهي:

١- الأسس العامة:

حيث تم مراعاة حق الفرد ذي الإعاقة البصرية في الإرشاد والعلاج النفسي وكذلك حقه في التقبل بدون قيد أو شرء وكذك مراعاة قابلية السلوك للتعديل والتغيير.

٢- الأسس الفلسفية:

استمد البرنامج أصوله الفلسفية من نظرية إليس .**Ellis.A** والتي تقوم على أن التفكير اللاعقلاني هو المسئول عن إحداث الاضطراب، وأيضًا تمت مراعاة الأسس الفلسفية العامة والتي تتضمن مراعاة أخلاقيات العلاج وسرية البيانات والعلاقة المهنية التي تقوم على الألفة والتسامح واستخدام الإقناع المنطقي في المقابلة العلاجية.

٣- الأسس النفسية و التربوية:

روعيت الخصائص العامة للنمو في مرحلة المراهقة بصفة عامة، والخصائص المميزة لذوي الإعاقات البصرية وكذا الفروق بين أفراد العينة بصفة خاصة.

٤- الأسس الاجتماعية.

استخدام أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الجماعي، حيث أظهرت الدراسات أن هذا الأسلوب ذو كفاءة عالية في العلاج.

٥- الأسس الفسيولوجية والعصبية:

روعيت الخصائص النفسية والعصبية والجسمية لأفراد العينة العلاجية (من ذوي الإعاقة البصرية)[١٠٩].

الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يقدم البرنامج عددًا من الخدمات منها:

---

(١٠٨) المرجع السابق.

(١٠٩) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إيهاب الببلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص٢١٠.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

١- الخدمات العلاجية:

وتتمثل في معاونة أفراد العينة العلاجية على خفض مستوى القلق لديهم.

٢- الخدمات الوقائية:

حيث يقدم البرنامج عددًا من الخدمات الوقائية، من خلال تدريب المجموعة العلاجية على مجموعة من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تساعدهم على تجنب الوقوع فريسة للأفكار اللاعقلانية التي تسبب لهم القلق.

٣- الخدمات الاجتماعية:

وتتمثل في تدعيم العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجموع العلاجية، وانتقال الأثر الحسن لهذا التدعيم إلى زملائهم أثناء تفاعلهم الاجتماعي معهم خارج إطار الجلسات العلاجية.

٤- الخدمات التربوية:

وتتمثل في تحسين التحصيل الأكاديمي لدى أفراد العينة العلاجية بعد انخفاض مستوى القلق لديهم.

٥- الخدمات الترويحية:

وتتمثل في تقديم الخدمات العلاجية التي تحث أفراد المجموعة العلاجية على استغلال وقت الفراغ وممارسة الأنشطة الرياضية والفنية والاجتماعية.

٦- خدمات المتابعة:

وتتمثل في المتابعة الدورية التي يقوم بها الباحث لكل خطوات البرنامج للوقوف على التغيرات المعرفية والسلوكية والانفعالية التي يحدثها البرنامج:

التخطيط العام للبرنامج:

اتبعت نفس الخطوات التي تم اتباعها في برنامج التحصين التدريجي السابقة[١١٠].

وفيما يلي تتابع خطوات البرنامج:

أولاً: أهداف البرنامج:

- تنقسم الأهداف إلى قسمين:

- **الأهداف العامة (الرئيسية)، والتي تحدد في هدفين:**

---

(١١٠) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إيهاب الببلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص٢٠٢.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

١- هدف علاجي: حيث يعمل البرنامج على خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية (العينة العلاجية) من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية وأخاطء التفكير التي يتمسكون بها.

٢- **هدف وقائي:** من خلال اكسابهم عددًا من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تمكنهم من مواجهة مواقف القلق التي يتعرضون لها في مستقبل حياتهم[١١١].

- الأهداف الخاصة (الإجرائية):

تتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل البناء داخل الجلسات، ومن خلال تنفيذ الواجبات المترلية التي يكلف بها المفحوصون وهذه الأهداف تتلخص في النقاط التالية:

١- أن يتعرف الأفراد ذوو الإعاقة البصرية على طبيعة المعتقدات اللاعقلانية وأنواعها.

٢- أن يتعرف الأفراد ذوو الإعاقة البصرية على الدور الذي تلعبه الأفكار اللاعقلانية في إحداث القلق.

٣- أن يتعرفوا على الدور الذي يلعبه الحديث الذاتي السلبي في إحداث الاضطراب الانفعالي.

٤- أن يتعرفوا على التغلب على التفكير الاهزامي من خلال إعادة الحوار المنطقي مع النفس.

٥- أن يتدربوا على فحص العلاقة بين الحدث المحزن (**A**) وبين كل من الانفعال والتفكير (**C**) والتفكير (**B**) من خلال التدريب على استخدام فنية (**ABC**).

٦- أن يتدربوا على مناقشة وتفيند كل فكرة على حدة وإحلال معتقدات عقلانية محل المعتقات اللاعقلانية من خلال فنية التفنيد (**D**) والإحلال (**E**).

٧- أن يتدربوا على تنفيذ الواجبات المترلية كخطوة أساسية نحو العلاج[١١٢].

أساليب تدريس المعاقين بصريا وتتناول ما يلي:

- تنمية القدرات البصرية التتبعية من خلال تنمية مهارات الإدراك والتمييز البصري للأشياء واستخدام البرامج متعددة العناصر.
- استخدام البرامج الفردية والتدريب في البيئة الطبيعية لتطوي مهارات التحرك والتنقل.
- تدريب الطفل على المشي بطريقة منتظمة.
- تدريب الطفل على التنقل باستخدام العصا البيضاء.
- تدريب الطفل على المهارات الحياتية اليومية.

---

(١١١) "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إلهاب البلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م، ص٢٠٢.

(١١٢) المرجع السابق، ص٢٠٢.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

- تدريب الطفل على مهارات التواصل باستخدام نظام بريل/ آلات كاتبة/ الكتب الناطقة/ مسجلات وأشرطة... الخ.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

دورة الأسرة في علاج وتدريب الطفل

الأسرة جزء لا يتجزأ من برامج العلاج والإرشاد والتأهيل النفسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا يمكن لآية خطة أن تحقق أهدافها إلا إذا وضعنا في حساباتنا العوامل التي ترتبط بالأسرة علاقاتها الاجتماعية واتجاهاتها نحو الابن المعاق ودرجة تقبلهم لوجود طفل معاق داخل الأسرة، وأثر وجود هذا الطفل على حياة الأطفال الآخرين داخل الأسرة وتأثيره في دورة حياة الأسرة وعلاقتها الاجتماعية بوجه عام.

ويمكن تقسيم دور الأسرة في المرحلة المبكرة في حياة الطفل إلى خمسة محاور، وتتمثل هذه المحاور لدور الأسرة من خلال:

أولا: اتجاهات الأسرة نحو الابن المعاق وأساليب معاملته:

هذه الاتجاهات التي تأخذ أحد الأشكال الاسمية (الإنكار – الإخفاء والتبرير – التقبل) بيد أن الإنكار والتبرير هما اللذان يحتلان المرتبة الأولى في بداية علاقة الأسرة بابنها المعاق.. ثم يأتي التقبل والاعتراف بالحالة في مرحلة لاحقة يختلف مداها الزمني من أسرة لأخرى.. ومن هناكان إنكار الحالة ومحاولة إخفائها وتبريرها أمرًا مشتركًا لدى غالبية الأسر لا يختص بأسرة بعينها ولا يجب أن يستدعي مشاعر اللوم فالمشكلة ليست في تأخر الأسرة بالاعتراف بحقيقة إعاقة ابنها بقدر أهمية اعترافها بهذه الحقيقة في الوقت المناسب.

فمتى قبلت الأسرة بوجود درجة إعاقة لدى ابنها تكون قد كسبت نصف المعركة من أجل سعادته وتنمية قدراته ومهاراته، على أننا يجب أن نأخذ في اعتبارنا أن سعادة ابننا المعاق لن تكون من النوع الذي قد يسعدنا نحن كآباء أو كما نود أن نرسمها له لأننا إذا نظرنا إلى مشكلته من خلال معايير نحن فإننا سننجح فقط في جعله بائسًا، تعيسًا، غير قادر على الاستفادة من تلك القدرة من القدرات التي منحها الله له.

فقد يستطيع الابن المعاق الاستمتاع بالرضا الذاتي إذا اتبعنا الآتي:

- إذا لم يحط من قيمة عمله البسيط بل نشجعه ونعتبره إنجازًا يستحق الفخر.
- إذا وضعنا له أهدافًا يمكنه تحقيقها والوصول إليها.
- إذا عاوناه في خطوات التدريب التي يستطيع أدائها أكثر من تلك التي يعجز عنها.
- إذا حرصنا على تكرار وتكرار وتكرار المعلومة والخبرة التي نرغب في تعليمه إياها بأكثر من مرة وبأكثر من أسلوب وطريقة وباستخدام وسائل معينة تنبه أكثر من حاسة لديه وذلك بلا ملل أو

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

ضجر.

• إذا أتحنا له الفرصة للمحاولة مهما تكرر الفشل فمن الأفضل أن يحاول حتى ولو فشل من ألا يحاول على الإطلاق.

• إذا حرصنا على مساعدته لتعويض إعاقته من خلال فتح مجال يتلقى به التعلم المناسب لقدراته واحتياجاته.

• إذا أعطيناه حنانًا صادقًا بالرغم مما يعانيه من نواحي قصور وبصرف النظر عن مقدار ما حرم منه فإنه لايزال يحتفظ بالكثير من القدرات والإمكانات التي يمكننا صقلها وتدريبه عليها.

• إذا عاملناه كما نحب أن يعامله أفراد المجتمع، فاتجاهاتنا وأسلوب معاملتنا هما اللذان يشكلان اتجاهات وأسلوب تعامل أفراد المجتمع معه.

ثانيًا: تعامل الأسرة مع إخوة الطفل المعاق:

• لا يقل دور إخوة وأخوات الطفل المعاق بحال من الأحوال عن دور الوالدين، بل يعد دورهم أساسيًا وحيويًّا ومكملاً لدور الوالدين وتبرز أهميته من كون الأخوة يميلون بصفة عامة إلى اتباع اتجاهات الوالدين نح الطفل المعاق.. كما يمكن لهم إذا أحسن توظيفهم أن يكونوا خير معلم وموجه ومرشد وصديق لأخيهم المعاق.

• فالأمر ليس مجرد وجود حالة طفل معاق في الأسرة بقدر مدى المسئولية التي تلقى على أفراد الأسرة.. وخاصة الإخوة والأناث منهم على وجه الخصوص نتيجة وجود هذه الحالة.

لذلك يجب على الأسرة أن:

• تعين إخوة المعاق على فهم حالته والفروق الفردية بين البشر.. وذلك على قدر استيعابهم.

• تبصرهم بالأساليب السوية بمساعدة أخيهم المعاق.

• عدم المبالغة والإسراف في حماية ومساعدة المعاق على حساب إخوته.

• تشجيعهم على عدم الخجل من أخيهم المعاق.. حيث لا يوجد ما نخجل منه فأي فرد في أية أسرة معرض أن يكون مكانه إذا شاء الخالق – عز وجل-.

• تراعى البعد عن التعبير اللفظي عن استيائهم من أخيهم أمام الآخرين عامة والأخ المعاق خاصة.

• تحرص على أن لا ينعكس وجود الأخ المعاق سلبًا على حق إخوته في الاستمتاع بحياتهم وطفولتهم.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

ثالثًا: تفاعل الأسرة مع أفراد المجتمع المحيط عامة وأسر الأطفال المعاقين الآخرين خاصة:

• وتشمل أهمية أفراد المجتمع المحيط وأسر الأطفال المعاقين الآخرين في كونهم المجتمع الذي يتفاعل معه الطفل المعاق والذي يعد بحق الأسرة الممتدة لهذا الطفل بما تمثله الأسرة من توجيه ورعاية ونعطف، وهم من يعد الطفل لكي يستطيع التعامل معهم في حالة فقد الوالدين والإخوة.

وكذلك على الأسرة الحرص على:

• التحدث بصراحة عن مشاعرهم الأبوية نحو ابنهم المعاق وإمكاناته وإعاقته ما يمكنه عمله وما لا يمكنه أداءه كي يقف المتعاملون معه على قدراته الحقيقية.

• معاملة ابنهم المعاق كما يحبون أن يعامله أفراد المجتمع حيث إن طريقة وأسلوب معاملة الأسرة له هي التي تحدد أسلوب تعامل الآخرين معه.

• تشجيع الابن المعاق على عرض مواهبه وقدراته (الموسيقية – الفنية – الرياضية – اليدوية...إلخ) على الآخرين مما يساهم في تنمية ثقته بنفسه ويعدل من اتجاهات الآخرين نحوه.

رابعًا: تعاون الأسرة مع الفنيين المعنيين بحالة الابن المعاق:

"طبيب – أخصائي نفسي واجتماعي – تربوي – تخاطب – علاج طبيعي – موسيقى – مهارات ... إلخ.

حيث يمثل التعاون بين أولياء الأمور والفنيين المعنيين بالابن المعاق أحد المقومات الأساسية لنجاح أي برنامج يهدف إلى الأخذ بيد الطفل المعاق فالأسرة بمفردها عاجزة عن تقديم كافة الخدمات التي يحتاجها الابن كما أن فريق العمل الفني يذهب جهده أدراج الريح إذا لم يجد الدعم والمساندة والمتابعة مع الأسرة ومن هنا كانت أهمية تعاون الأسرة مع فريق الفنيين المتعاملين مع الابن المعاق.

وذلك من خلال الحرص على:

• التحدث عن ابنهم ومشاعرهم نحوه بكل صراحة وصدق وكذلك التحدث عن إمكاناته الحقيقية ودرجة إعاقته وجوانب قوته وقصوره مما يساعد المعنيين على التقييم الواقعي للحالة وتحديد خطوات الخطة العلاجية المناسبة.

• المشاركة بقدر المستطاع في الخطة العلاجية وتحديد الأهداف القريبة والبعيدة ومتابعة سير الخطة العلاجية أولاً بأول.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

• تقبل تعليمات وتوجيهات الفنيين كل في تخصصه وتوفير الظروف والخدمات اللازمة والميسرة لتنفيذ الخطة العلاجية.

• الاستفسار عن كل ما يعن لهم بلا خجل.

• العناية الطبية بالابن المعاق ومتابعته بدقة فقد يعاني من مشكلات صعبة لا تساعده قدراته على التعبير عنها ويكون لها مردود على تقديم البرامج العلاجية كضعف الإبصار أو السمع وعمى الألوان...

خامسًا: وعي أسرة الطفل المعاق بمصادر المعرفة المتاحة عن حالته:

وتأتي أهمية هذا المحور من خلال ما يمثله من أرضية ثقافية مهمة تضع يد الأسرة على طبيعة المشكلة ودرجة الإعاقة وخصائصها واحتياجاتها والتوقع المستقبلي المحتمل لها، وما تتيحه من تفاعل إيجابي بين الأسرة والفنيين المعنيين بالطفل فتجعل علاقاتهم قائمة على الفهم والوعي المتبادل وكذلك ما تطرحه هذه المعرفة من تساؤلات واستفسارات تحتاج الأسرة إلى من يجيبها عليها أو إلى مزيد من الإطلاع والمعرفة مما ينعكس بتفاعل واع وبناء بين الأسرة وابنها المعاق.

ويمكن للأسرة أن تحقق الاستفادة المرجوة من مصادر المعرفة من خلال:

• الحرص على الالتقاء الدوري بالفنيين ذوي الكفاءة في الميادين ذات الصلة بإعاقة الأبناء.

• الاطلاع على المراجع العلمية المنشورة والمتعلقة بحالة الابن.

• المشاركة في الندوات والمؤتمرات والدورات المتخصصة.

• الإلمام بمراكز خدمة الأطفال المعاقين بالمجتمع المحلي والوقوف على ما تقدمه من خدمات.

• مساندة المنظمات والجمعيات الحكومية والأهلية التي ترعى هذه النوعية من الإعاقة[١١٣].

---

(١١٣) د. أحمد عبد الرحيم العمري، الأسرة والإرشاد النفسي للأطفال المعاقين عقلياً (العدد ٢٥ ـــ مجلة خطوة ـــ سبتمبر ٢٠٠٤)، ص٢١- ٢٢- ٢٣.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

مراجع ومصادر البحث

- "الكتاب الأبيض للتدخل المبكر"، الاتحاد الإسباني لجميعات أخصائي التدخل المبكر (GAT)، الناشر الجمعية الملكية للإعاقة، الطبعة الثالثة، ٢٠٠٥م.

- "المدخل إلى التربة الخاصة" أ.د/ جمال محمد الخطيب، أ.د/ مني صبحي الحديدي، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى، ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ.

- "دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة" أ/محمد عامر الدهمشي، مطبعة دار الفكر – عمان، الطبعة الأولى، ٢٠٠٧- ١٤٢٨هـ.

- "قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه"، د.إيهاب الببلاوي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١م.

- "مقدمة في الإعاقة البصرية" أ.د/منى صبحي الحديدي، دار الفكر، عمان: الأردن، الطبعة الأولى، ٢٠٠٤م.

- "مقدمة في التربية الخاصة" د/تيسير مفلح كوافحه، أ/عمر فواز عبدالعزيز، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الرابعة ٢٠١٠- ١٤٣٠هـ.

- أحمد الزعبي، "التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين"، دار زهران، عمّان، الأردن، الطبعة الأولى، ٢٠٠٣م.

- الشيباني، عمر التوم، ١٩٨٩: الرعاية الثقافية للمعاقين، الدار العربية للكتاب، طرابلس، ليبيا.

- العزة، سعيد حسني، ٢٠٠١: التربية الخاصة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان – الأردن.

- المحاضرة التاسعة في خصائص المعاقين بصريًّا، "موقع ملتقى طلاب وطالبات جامعة الملك فيصل وجامعة الدمام"، رابط الموقع: www.ckfu.org.

- جمال الخطيب، منى الحديدي، "التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة"، دار الفكر، عمّان، الطبعة الثانية ،٢٠٠٥م.

- جمال الخطيب، منى الحديدي، المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح، الطبعة الأولى، ١٤٢٦هـ

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

- ٢٠٠٥م.

- د. أحمد عبد الرحيم العمري، الأسرة والإرشاد النفسي للأطفال المعاقين عقلياً (العدد ٢٥ ـــ مجلة خطوة ـــ سبتمبر ٢٠٠٤).

- زينب محمود شقير، "سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين"، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٩٩م.

- سعيد حسني العزة، المدخل إلى التربية الخاصة، الدار العلمية الدولية، الطبعة الأولى الأردن ٢٠٠٢.

- سيد صبحي، "التوافق النفسي للكفيف المراهق، المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين"، دار المرجان للطباعة، القاهرة، ١٩٧٩م.

- سيد عبدالحميد مرسي، "الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني"، مكتبة الخانجي، مصر، الطبعة الأولى، ١٩٧٥م.

- صالح الداهري، "سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة"، دار وائل- الأردن الطبعة الأولى، ٢٠٠٥.

- عادل عبدالله، "سيكولوجية الموهبة"، دار الرشاد، القاهرة، الطبعة الأولى :١٤٢٥هـ - ٢٠٠٥م

- عبدالرحيم، عبدالمجيد، ١٩٩٧: تنمية الأطفال المعاقين، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

- فاروق الروسان، "سيكولوجية الأطفال غير العاديين، دار الفكر، عمان - الأردن، ٢٠٠٠م.

- كمال سالم سيسالم، "المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم"، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، الطبعة الأولى ١٩٨٨م.

- لطفي بركات، الفكر التربوي في رعاية الكفيف، مكتبة الخانجي، القاهرة، الطبعة الأولى، ١٩٧٨م.

- مليكه، لويس كامل، ١٩٩٨، الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية، مطبعة فيكتوركيرس، القاهرة.

www.alukah.net إهداء من شبكة الألوكة

- منى الحديدي، "مقدمة في الإعاقة البصرية"، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان – الأردن، ٢٠٠٠م.

- نبيل عبدالهادي، "بطء التعلم وصعوباته، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ٢٠٠٠م.

المراجع الأجنبية:

- Sally M. Rogow. Helping the visually impaired child with developmental problems : effective practice in home, school, and community New York : Teachers College Press, c١٩٨٨. P .١٢٥

- Sally S. Mangold, editor. A Teachers' guide to the special educational needs of blind and visually handicapped children New York : American Foundation for the Blind, ١٩٨٢Page٩٦

- Hallan,d & Kauffman, t. (1992) Excptional Children Introduction To special education. (sthed). Prentic – gall. Englewood Cliffs, Newjersey p86.

- Tge Bender Visual Motor Ges. Talt test by Bender Lauretta, 1938-1963.

- The Beery – Buktenica De- Velop – mental Test of Visual Motor Integration (VMI) by Beery, Keith & Buktenica Norman, 1967.

- Moto – free Visual Perception Test (MVPT) by colarusson Rondd. & Hammil. Donald, D, 1972.

- Hallahan. D. & Kauffman. J (2002). Exeptional learning: Introduction to special education (9th Ed.) Allyn & Bacon.

- Cartwrigt, G.cartwright, c. & Ward, M. (1995) Education special learners, Belmont California: Wadsworth publishing Company.